Abordări psihodinamice ale schimbării comportamenta

Fredric N. Busch, M.D.

Abordări psihodinamice ale schimbării comportamentale

Traducere din limba engleză de

Sorana Oţetea

EDITURA TREI

PSIHOLOGIE · PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

Notă:

Autorii s-au străduit să asigure acurateţea tuturor informaţiilor din această carte la momentul publicării ei şi coerenţa lor cu standardele medicale şi psihiatrice generale, precum şi acurateţea, la momentul publicării, a informaţiilor referitoare la dozajele, frecvenţa administrării şi modalităţile de administrare a medicamentelor şi coerenţa acestora cu standardele stabilite de U.S. Food and Drug Administration şi de comunitatea medicală generală. Cu toate acestea, pe măsură ce practica şi cercetarea medicală continuă să avanseze, standardele terapeutice se pot schimba. Mai mult, situaţii specifice pot necesita un răspuns terapeutic specific care nu este inclus în această carte. Din aceste motive şi pentru că uneori apar erori umane şi tehnice, le recomandăm cititorilor să urmeze sfatul medicilor implicaţi direct în îngrijirea lor sau în îngrijirea unui membru al familiei lor.

Cărţile publicate de American Psychiatric Association Publishing reprezintă descoperirile, concluziile şi opiniile autorilor individual, şi nu neapărat politicile şi opiniile American Psychiatric Association Publishing sau ale Asociației Americane de Psihiatrie.

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Romanian

language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

Asociația Americană de Psihiatrie nu a avut niciun rol în procesul de traducere a acestei cărți din engleză în română şi nu este responsabilă pentru niciun fel de eroare, omisiune sau alte greşeli de traducere din prezenta carte.

Prefaţă

Psihanaliştii au evitat să scoată în evidenţă sau să urmărească obținerea schimbării de comportament în psihanaliză sau în terapiile psihanalitice, considerând că astfel de eforturi pot perturba sau devia un tratament eficient (Freud 1917/2010, 1923/2005; Gabbard 2014; Greenson 1967). O îngrijorare semnificativă o reprezintă faptul că aceste strategii constituie „sugestii”, un efort de a influența sau manipula pacienții, despre care Freud a subliniat că trebuie excluse sau reduse în curele psihanalitice. Atenția predominantă a psihanaliştilor era concentrată pe dobândirea insight-ului, pe aducerea inconştientului în conştient; această înțelegere sporită a fost considerată țelul principal, pregătind drumul pentru modificarea comportamentului. Dacă modificările comportamentale se produceau în lipsa unei analize potrivite, conflictele persistau, ducând la substituția diferitelor simptome sau comportamente problematice. De-a lungul istoriei psihanalizei, s-a pus un accent tot mai ridicat pe impactul clinic al relației terapeutice, independent de insight, dar teoriile şi abordările care valorizează acest proces încă mai consideră că schimbarea comportamentului este un rezultat secundar. Cu toate că dovezile clinice sugerează că tot mai mulți psihanaliști urmăresc acum obținerea unei modificări de comportament, raporturile de caz şi cadrele strategice publicate sunt limitate (vezi Capitolul 1, Înțelegerea schimbării comportamentale în tratamentele psihanalitice).

Elucidarea conflictelor inconştiente şi o relație terapeutică productivă pot contribui la schimbarea comportamentului, însă pacienții (şi oamenii în general) adesea cer intervenții suplimentare pentru schimbarea comportamentelor. Într-adevăr, comportamentul se dovedeşte adesea destul de rezistent la schimbare, deoarece mulți factori contribuie la persistența tiparelor automate sau obişnuite. Alte şcoli de psihoterapie, cum ar fi terapiile cognitiv-comportamentale (Thoma şi alții 2015), au dezvoltat şi ele abordări care vizează schimbarea comportamentală, factor care a contribuit la urmarea altor terapii de către pacienți, în afara celor psihanalitice. Există numeroase strategii pentru schimbarea comportamentului, inclusiv (dar nu numai) identificarea şi modificarea contextului în care se manifestă comportamentul respectiv, stabilirea unei baze pentru luarea în calcul a comportamentelor alternative, stabilirea unor semnale pentru a le reaminti pacienților să-şi schimbe comportamentele, intrarea în stări mentale diferite care să ducă la noi comportamente şi desensibilizarea sistematică a fricilor care inhibă comportamentele. De obicei se foloseşte o componentă de învățare de tip încercare-şi-eroare, una care să includă evaluarea continuă şi testarea impactului acestor comportamente schimbate.

Această carte demonstrează cum, în loc să conteste sau să perturbe tratamentele psihanalitice, eforturile de schimbare a comportamentului pot fi parte din dezvoltarea şi folosirea unei formulări şi a unei terapii psihodinamice şi pot fi utilizate pentru a spori înțelegerea de sine şi analiza transferului. Lucrul la schimbarea comportamentului poate ameliora alianța terapeutică, prin colaborarea pacientului şi a terapeutului în demersul de a face schimbări practice în viața pacientului. Există o diversitate de moduri în care

eforturile pentru modificarea comportamentului pot fi integrate în explorarea psihodinamică şi sporite prin aceasta. În multe cazuri, aceste abordări pot deveni o parte esențială în procesul de înțelegere şi de identificare a dinamicilor, conflictelor şi reprezentărilor de sine şi de obiect ale pacientului.

Teoria şi tehnicile psihanalitice adaugă, pe lângă cele utilizate în alte tipuri de tratament, câteva strategii pentru schimbarea comportamentului. Acestea includ explorarea dinamicilor inconştiente care interferează cu schimbarea de comportament şi folosirea transferului pentru observarea conflictelor şi inhibițiilor care apar în relația cu terapeutul. Identificarea acelor experiențe din perioada de dezvoltare care contribuie la aceste conflicte şi comportamente îi ajută pe pacienți să determine cauzele acestora şi să evalueze măsura în care riscurile asociate cu anumite comportamente au fost supraestimate pe baza experiențelor timpurii. Pacienții pot ajunge să înțeleagă cum aceste comportamente problematice au fost cândva adaptative. O altă componentă crucială este capacitatea de evaluare a reacțiilor de contratransfer, care îi pot face pe terapeuți să fie excesiv de concentrați pe modificările comportamentale, să se aştepte ca pacienții să le urmeze sfaturile mai prompt decât sunt aceştia capabili sau să ignore îngrijorările pacienților legate de valoarea acțiunilor care li se sugerează.

Din perspectiva psihanalitică, o multitudine de factori contribuie la problemele de comportament, iar identificarea şi abordarea acestora ajută la schimbarea comportamentului în timp. De exemplu, anumiți pacienți cu dificultăți de asertivitate se pot confrunta cu conflicte privind propria agresivitate, cu o frică de a-şi perturba

relațiile apropiate de ataşament şi cu frici de separare, provocate de o creştere a autonomiei. Este posibil ca unele experiențe timpurii nefavorabile, cum ar fi pedepsirea severă a comportamentului asertiv, să fi intensificat aceste frici. Terapeutul psihodinamic lucrează la abordarea acestor factori contributivi atunci când se urmăreşte schimbarea comportamentului. În plus, terapeuții psihodinamici se ocupă de stările nesimbolizate (Busch 2017), care includ experiențe somatice sau alte experiențe interne care nu sunt recunoscute ca fiind emoționale sau simbolice. Terapeutul lucrează împreună cu pacientul la identificarea emoțiilor şi fantasmelor care contribuie la aceste stări şi la înțelegerea semnificației dinamicii şi a impactului lor asupra comportamentului.

Interesul meu față de abordările psihodinamice ale schimbării comportamentale a apărut dintr-o întâmplare fericită, în timp ce dezvoltam abordările psihodinamice focalizate ale tulburărilor anxioase (Busch şi alții 2012) şi ale depresiei (Busch şi alții 2016). Cercetând motivele pentru care pacienții care au urmat aceste tratamente şi-au ameliorat condiția rapid, mi-am dat seama că mă concentram mai mult decât de obicei pe schimbarea de comportament, care adesea presupunea dificultăți legate de asertivitate. Înțelegerea dinamicilor şi conflictelor asociate cu aceste tulburări a fost foarte utilă în identificarea factorilor care contribuiau la lipsa asertivității şi la evitare. Înțelegerea psihanalitică ar putea fi utilizată în abordarea acestor probleme de comportament, conducând la o mai rapidă rezolvare a simptomelor şi a inhibițiilor. Aceste observații m-au condus la ideea de a mă concentra pe problemele de comportament, ca element-cheie în intervențiile psihodinamice de scurtă durată. Am descoperit

că părerea proastă a psihanaliştilor despre abordarea comportamentului a perturbat dezvoltarea unor strategii terapeutice valoroase, care ar putea grăbi schimbarea comportamentului şi uşurarea simptomelor. De fapt, abordările psihodinamice sunt în mod special utile în abordarea problemelor de comportament, precum şi a simptomelor şi a dificultăţilor caracterologice. Această carte le demonstrează clinicienilor psihodinamici că pot aborda în mod adecvat intervenţiile din sfera comportamentului şi oferă un cadru pentru clinicienii care folosesc tehnici psihodinamice pentru amplificarea schimbării comportamentale.

O formare de bază în teoria şi abordările psihanalitice ar ajuta la înţelegerea acestei cărţi, însă ea este scrisă astfel încât să fie interesantă pentru o gamă largă de profesionişti din domeniul sănătăţii mentale care folosesc diverse abordări terpeutice. Materialul este prezentat într-un limbaj clar, cu elemente limitate de jargon psihanalitic şi cu multe vignete ilustrative. Cei care au o mai limitată cunoaştere a conceptelor psihanalitice ar putea începe cu Capitolul 4, „Utilizarea tehnicilor psihodinamice în abordarea schimbării comportamentale", care include unele definiţii ale termenilor de bază. Altfel, aceşti cititori ar putea revedea Capitolul 3, „Concepte psihodinamice de bază", din Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy-eXtended Range (Busch şi alţii, 2012), care defineşte termeni şi concepte psihanalitice fundamentale.

* * *

Porțiuni din această carte, mai ales în capitolele 1 şi 5, au fost adaptate, cu acordul meu, dintr-un articol al meu anterior: „Promoting Behavioural Change in Psychoanalytic Treatments”. Psychodynamic Psychiatry 45 (1): 79-102, 2017. Copyright 2017, Guilford Publications

Referinţe

Busch F.N.: A model for integrating actual neurotic or unrepresented states and symbolized aspects of intrapsychic conflict. Psychoanal Q 86(1):75-108, 2017

Bush F.N., Milrod B.L., Singer M. et al: Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy-eXtended Range. New York, Routledge, 2012

Busch F.N., Rudden M.G., Shapiro T.: Psychodynamic Treatment of Depression, 2nd Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Press, 2016

Freud S.: Introducere în psihanaliză, Opere Esențiale, vol.1, editura Trei, 2010

Freud S.: „Psihanaliza” şi „Teoria libidoului” (1923), în Compendiu de psihanaliză, Opere, vol. 13, , Editura Trei, 2005

Gabbard G.: Tratat de psihiatrie psihodinamică, Editura Trei, Bucureşti, 2007

Greenson R.: The Technique and Practice of Psychoanalysis, Vol 1. Madison, CT, International University Press, 1967

Thoma N., Pilecki B., McKay D.: Contemporary cognitive behaviour therapy: a review of theory, history and evidence. Psychodynamic Psychiatry 43(3):423-461, 2015

1

Înţelegerea schimbării comportamentale în tratamentele psihanalitice

Acest capitol trece în revistă factorii care au constituit motivul pentru care anumiți psihanalişti au evitat să se ocupe de schimbarea comportamentului (Tabelul 1-1) şi

descrie eforturi mai recente care urmăresc schimbarea comportamentului. Deşi teoreticienii şi clinicienii au greşit crezând că abordarea schimbării comportamentale ar distruge tratamentul, ei au identificat dificultăți specifice la care trebuie să fim atenți în utilizarea acestor strategii, printre care potențialele perturbări ale relației terapeutice. În ultimii ani, psihanaliştii au descris tehnici pentru gestionarea prescrierii medicației, iar unii clinicieni au început să dezvolte strategii focalizate pe modificarea comportamentului. Utilizarea acestor abordări sugerează moduri în care urmărirea modificării comportamentului poate mai curând ajuta, decât perturba obiectivele psihanalitice.

De ce au evitat psihanaliştii să se ocupe de schimbarea de comportament

Evitarea „sugestionării”

Reacția istorică a psihanalizei cu privire la intervențiile mai directive, cum ar fi modificarea comportamentului, își are originea în dorința lui Freud de a minimaliza rolul sugestiei, după ce şi-a revizuit teoriile şi abordările timpurii, cum ar fi cea referitoare la hipnoză.

TABELUL 1-1. De ce psihanaliştii au evitat să se ocupe de modificarea comportamentului

Evitarea „sugestionării”: interferează cu apariția insight-ului Perturbarea neutralității: sugestiile sunt părtinitoare în conflictele pacienților Perturbarea abstinenței: sugestiile comportamentale recompensează pacienții Substituirea simptomului: schimbarea comportamentului necesită insight Perturbarea relației terapeutice Presiunea de a fi pacientul „bun” Apariția dependenței de terapeut Un impuls de revoltă împotriva sugestiilor

Elaborând pe marginea nevoii de a evita sugestia, Freud (1917/2010) a comparat-o cu efortul de a identifica motivațiile subiacente: „Sugestia directă este o sugestie îndreptată spre manifestarea simptomelor, lupta dintre autoritatea dumneavoastră şi motivele de a fi bolnav. Nu vă interesează aceste motive, îi cereți bolnavului numai să reprime manifestarea lor în simptome (p. 499). Freud (1923/2005) diferențiază net abordările psihanalitice de restul, pe baza faptului că primele exclud sugestia: „Procedeul psihanalitic se deosebeşte de toate cele sugestive, persuasive etc. prin faptul că nu vrea să reprime la pacient niciun fenomen psihic prin autoritate” (p. 100).

În ciuda acestor preocupări, Ferenczi (1921/1980) a dezvoltat o „terapie activă” care urmărea obținerea schimbării prin intervenții speciale asupra comportamentului, de exemplu, prin încurajarea unui pacient să cânte în terapie. Deşi a precizat că aceste strategii ar trebui folosite numai atunci când tehnicile psihanalitice obişnuite eşuează, aceste idei nu au fost bine primite de comunitatea psihanalitică şi în special de Freud. După cum afirmă Freud (1924/1965), „terapia activă este o tentație periculoasă pentru începătorii ambițioşi”. Aşa cum

s-a întâmplat cu multe teorii şi abordări terapeutice noi, antagonismul lui Freud a descurajat explorarea ulterioară a acestor strategii. Intervențiile asupra comportamentului, printre care şi acordarea de sfaturi, au fost în cele din urmă plasate sub umbrela psihoterapiei „suportive", care a fost de regulă considerată inferioară psihoterapiei psihodinamice orientate pe insight sau „expresive" (Gabbard 2014).

Perturbări ale neutralităţii şi ale abstinenţei

Psihanaliştii au evitat să se concentreze pe schimbarea comportamentului, în parte din cauza faptului că o priveau ca pe un perturbator al componentelor-cheie ale poziției analistului, neutralitatea şi abstinența, ambele fiind considerate esențiale pentru eficacitatea tratamentului. Neutralitatea se referă la distanța analistului față de Eu, Supraeu sau Se, instanțe ale individului care sunt adesea în conflict; în schimb, țelul este elucidarea acestor elemente diferite. Ulterior, această neutralitate s-a interpretat ca neutralitate a analistului cu privire la comportamentul sau alegerile pacientului (Gabbard 2014; Kelly 1998). Conform acestei accepții a neutralității, când o persoană nu ştie cum anume să acționeze, analistul nu trebuie să devină părtinitor sugerându-i pacientului sau sfătuindu-l să adopte un anumit comportament. Dacă terapeutul ar sugera o anumită acțiune, pacientul s-ar afla într-un conflict interior cu privire la punerea sa în scenă sau ar simți impulsul să facă exact pe dos. Mai mult, încurajarea sau recomandarea unei schimbări de comportament ar putea fi considerată o

gratificare a pacientului (Gabbard 2014). Se crede că gratificarea, ca antiteză a ipostazei tehnice a abstinenței, poate interfera cu motivația pacientului de a explora conflicte inconştiente intrapsihice. Cu toate acestea, alți psihanaliști au sugerat că acestor concepte tehnice li s-a acordat o importanță exagerată, limitându-se astfel în mod problematic flexibilitatea analistului în tratarea pacienților (Busch şi Sandberg 2007).

Substituția simptomului

Aşa cum s-a menționat în introducere, psihanaliştii au în general impresia că înțelegerea conflictelor intrapsihice este esențială pentru uşurarea simptomelor, a inhibițiilor şi a comportamentelor problematice (Kazdin 1982). Dacă simptomul sau comportamentul se schimbă fără conştientizarea şi explorarea conflictului intrapsihic care îi stă la bază, atunci un alt simptom sau o altă inhibiție problematică va apărea, ca formă de expresie a conflictului respectiv. Pentru că terapiile cognitiv-comportamentale au început să demonstreze că simptomele ar putea fi uşurate fără înțelegerea confictelor intrapsihice (Thoma şi alții 2015), clinicienii s-au întrebat dacă această teorie e corectă. Wachtel (1997) a sugerat că substituția simptomului nu apare în terapiile comportamentale, pentru că pacienții se confruntă cu fricile în moduri noi, care nu presupun obținerea insight-ului. Într-adevăr, cercetările empirice de până acum sugerează că substituția simptomului nu apare în mod obişnuit. (Tryon 2008).

Perturbări ale relaţiei terapeutice

Psihanaliştii consideră că abordarea directă a schimbării comportamentale, prin folosirea sugestiilor şi a perturbării neutralităţii şi abstinenţei, poate duce la apariţia unor tipare problematice în relaţia terapeutică, tipare care se pot manifesta în diferite moduri. Pacienţii, conştienţi că terapeutul doreşte ca ei să facă anumite schimbări, ar putea dezvolta o nevoie de a-i face pe plac acestuia, încercând să-şi schimbe comportamentul şi/sau s-ar putea simţi inadecvat, în cazul în care sunt incapabili să facă schimbarea respectivă. E posibil să se simtă presaţi să cedeze sugestiilor terapeutului şi să se considere pacienţi „răi" dacă nu urmează sau nu îndeplinesc obiectivul fixat în terapie. Pacienţii ar putea deveni dependenţi de terapeut, crezând că au nevoie de sfatul acestuia ca să ia decizii. În plus, aşa cum s-a menţionat mai sus, dacă terapeutul devine părtinitor în conflictele pacientului prin anumite sugestii, el îl poate poate arunca pe pacient într-o dilemă, în pacient ducându-se o luptă dacă să urmeze sugestiile terapeutului sau să se răzvrătească împotriva lor. Aceste perturbări pot complica interpretarea transferului de către terapeut, componentă-cheie a terapiilor psihanalitice (vezi capitolul 4, „Utilizarea tehnicilor psihodinamice în abordarea schimbării comportamentale"). În ultimii ani, adepţii schimbării comportamentului au sugerat că, deşi este important să fii vigilent la astfel de riscuri, adesea schimbările pozitive pot întări relaţia terapeutică.

Schimbarea de perspectivă asupra intervenţiilor comportamentale

Aceste îngrijorări legate de consecinţele nefavorabile i-au împiedicat pe psihanalişti să evalueze ce rol ar putea să joace în sprijinirea mai directă a pacienţilor în vederea modificării comportamentului. Au rămas derutaţi cu privire la modul în care ar putea interveni teoretic sau tehnic, aşa că au preferat să nu o facă. Totuşi, în ultimii ani, psihanaliştii au găsit modalităţi de a fi mai directivi, recomandând şi tratând pacienţii prin medicamente (Busch şi Sandberg 2007) sau obţinând un contract de tratament ce stipulează modul de abordare a comportamentelor autodistructive (Levy şi alţii 2006). Summers şi Barber (2010), în descrierea făcută psihoterapiei psihodinamice pragmatice (PPP), discută importanţa care ar trebui acordată schimbării comportamentale şi îi critică pe psihanalişti pentru lipsa lor de interes în domeniu sau pentru presupunerea că schimbările de comportament se petrec „în avalul" insight-ului. Au remarcat impactul schimbărilor de comportament asupra emoţiilor şi conflictelor şi faptul că acestea ar putea fi necesare pentru producerea unei schimbări în percepţiile despre propria persoană.

Exemplu de caz

Doamna A., o asistentă socială de 38 de ani, suferind de tulburare de anxietate generalizată şi atacuri de panică

ocazionale, prezenta o anxietate cronică legată de diferitele activități pe care considera că trebuie să le facă pentru alții şi era perfecționistă în eforturile ei de a le îndeplini. Pe măsură ce aceste responsabilități creşteau, în parte şi din cauza faptului că se simțea presată să accepte cererile de ajutor, anxietatea ei creştea. De exemplu, considera că este esențial să dedice un timp îndelungat căutării de cadouri perfecte, care să-i facă pe alții fericiți la aniversări şi în vacanțe, şi credea că, dacă nu face asta, ceilalți s-ar simți foarte dezamăgiți şi răniți. Era pasibilă de atacuri de panică atunci când simțea presiunea de a face alegerile potrivite sau de a răspunde cererilor din ce în ce mai solicitante ale celorlalți.

Terapeutul şi pacienta au stabilit că sursa majoră care îi alimenta anxietatea era inabilitatea ei de a pune limite activităților la care consimțea să participe. Când au analizat modul în care se simțea când i se cerea să facă anumite activități, cum ar fi, de exemplu, să conducă comitetul şcolii fiului ei, a identificat sentimente de furie, dar i-a fost greu să recunoască sau să-şi exprime furia. Furia ei includea sentimentul că i se dădeau prea multe sarcini pentru că era mai responsabilă decât alții. Conflictul legat de furie avea adesea ca urmare apărarea prin formațiune reacțională (vezi Capitolul 4), prin care ea îşi reprima furia şi îşi suplimenta eforturile de a avea grijă de alții. În timp ce analizau aceste trăiri şi dinamici, terapeutul a identificat modul în care disponibilitatea ei perfecționistă contribuia la sentimentele ei de anxietate intensă. Mare parte din această atitudine de a le face altora pe plac părea să-şi aibă sursa în copilărie, când considerase adesea că trebuia să aibă grijă de părinții ei foarte anxioşi, în loc să fie ea îngrijită de aceştia. Un alt factor care a contribuit a fost reprezentat de sentimentele ei

de inadecvare legate parțial de fricile din copilărie că nu va putea diminua distresul părinților sau că nu-i putea determina să răspundă nevoilor ei într-un mod potrivit.

La început, insight-ul în ceea ce privea dinamicile şi originile acestui comportament problematic a avut un impact limitat şi pacienta nu a progresat prea mult în explorarea trăirilor sale de furie, pe care continua să le minimalizeze. Cum atacurile sale de panică erau în mod evident legate de inabilitatea ei de a controla presiunea de a răspunde solicitărilor altora, unul dintre obiectivele terapiei a devenit, pe lângă explorarea dinamicii, asistarea pacientei în reducerea acestor trăiri şi a acestui comportament la un nivel mai tolerabil. Terapeutul a făcut câteva comentarii care să sugereze importanța faptului de a urma aceşti paşi, printre care şi următoarele: „Se pare c-ar trebui să iei în calcul refuzarea mai multor activități, ca să nu te mai simți atât de copleşită"; „Te străduieşti atât de tare să găseşti cadoul perfect, încât devii extrem de nefericită. Poate n-ar trebui să te străduieşti atât de mult"; şi „Poate că, dacă reuşeşti să te abții, o să găsim mai multe informații despre motivul pentru care te temi atât de tare să nu-l superi pe celălalt". Terapeutul şi pacienta au gestionat momentele în care pacienta s-a simțit tentată să accepte o sarcină din partea altora, discutând inclusiv ce să spună când este solicitată (de exemplu, „mi-ar plăcea să accept, dar sunt deja implicată în multe alte activități acum"), precum şi ce trăiri, frici şi fantasme au fost declanşate în acel moment.

Pe măsură ce doamna A. începea să se abțină de la tendința ei obişnuită de a reacționa, a devenit mai conştientă de furia pe care o simțea când i se cerea să accepte activități suplimentare pentru şcoala fiului, în timp ce alții

acceptaseră mult mai puține, şi față de persoanele care nu-şi îndeplineau sarcinile care li se încredințaseră. Devenise capabilă să-şi folosească această furie ca să-şi alimenteze capacitatea de a spune nu, să-şi învingă îngrijorările în privința altora şi sentimentele de nesiguranță provocate de neacceptarea unei activități. Pe măsură ce aplica aceste schimbări, a constatat cu uşurare că ceilalți nu au suferit prejudicii şi nu s-au simțit lezați, aşa cum se temuse; dimpotrivă, uneori păreau uşurați când îi înfrunta şi îşi acceptau mai uşor îndatoririle. Aceşti paşi i-au uşurat mult temerile de a-i răni pe alții prin stabilirea de limite şi i-au adus un sentiment sporit de eficacitate şi de siguranță în relația cu ceilalți, micşorându-i insecuritatea şi anxietatea. Îmbunătățirea stimei de sine a contribuit la reducerea presiunii de a le face pe plac altora şi de a le obține aprobarea. De asemenea, s-a diminuat şi frecvența atacurilor sale de panică.

Instrumente psihanalitice pentru abordarea schimbării comportamentale

În ciuda concentrării pe insight şi interdicțiilor privitoare la intervențiile asupra comportamentului, s-ar putea afirma că psihanaliştii se află într-o postură mai curând privilegiată pentru a-şi ajuta pacienții să ia decizii sau să-şi schimbe comportamentele în moduri pozitive sau productive. Cunoştințele despre inconştient şi despre tipurile de conflicte intrapsihice şi problemele de personalitate cu care se luptă pacienții ajută terapeuții să estimeze şi să identifice atât tipurile de dificultăți comportamentale care ar putea

apărea, cât şi strategiile prin care să le abordeze. Analiştii pot lucra împreună cu pacienţii la clarificarea modului în care evenimentele survenite în perioada de dezvoltare, apărările, fantasmele sau principalele reprezentări ale sinelui şi ale obiectului pot interfera cu eforturile de a schimba anumite comportamente. A ajuta pacienţii în acest mod e foarte diferit de a-i sfătui ce să facă în anumite situaţii concrete. Intenţia principală este să-şi susţină pacienţii în identificarea comportamentelor care i-ar putea ajuta să-şi îndeplinească mai bine obiectivele şi să identifice factorii care îi împiedică să facă schimbări de comportament eficiente.

Intervenţiile actuale prescriptive ale analiştilor

Deşi ideea de a încuraja schimbările comportamentale a fost dezaprobată, psihanaliştii au devenit din ce în ce mai prescriptivi în multe situaţii şi au dezvoltat abordări tehnice pentru a face aceste intervenţii. Una dintre aceste arii de intervenţie presupune recomandarea, prescrierea şi monitorizarea medicaţiei psihotrope (Busch şi Sandberg 2007), despre care studiile arată că se abordează adesea în tratamentul psihanalitic (Doidge şi alţii 2002; Donovan şi Roose 1995). Iniţial considerată ca fiind în special dăunătoare psihanalizei, combinarea tratamentului medicamentos cu munca analitică a devenit astăzi o practică curentă şi foarte utilă (Busch şi Sandberg 2007). Adaptarea teoriei şi a tehnicii pentru gestionarea acestor intervenţii (Busch şi Sandberg 2007) a inclus sugestia că

psihanaliştii au „schimbat viteza” într-o treaptă în care evaluează simptomele şi discută dozarea medicației psihotrope potrivite (Cabaniss 1998). Ei se pot întoarce apoi la o abordare analitică, ocupându-se de dinamici şi înțelesuri ale simptomelor şi ale medicației, precum şi investigând modul în care sunt percepute eforturile analistului de prescriere a medicamentelor. Pe lângă o perspectivă care ia în calcul factorii dinamici şi una care evaluează fenomenologia sau comportamentul, terapeuții ar trebui să posede o „treaptă de viteză centrală” care să le permită să evalueze diverse dinamici (inclusiv stadiul transferului şi al contratransferului) şi factori fenomenologici (Busch şi Sandberg 2007). Mulți autori şi clinicieni (vezi Busch şi Sandberg 2007; Cabaniss 1998; Donovan şi Roose 1995) susțin că intervențiile medicale pot fi aplicate fără să perturbe semnificativ tratamentul analitic.

Astfel de abordări tehnice sunt valoroase în dezvoltarea intervențiilor care vizează comportamentul. Terapeutul poate evalua şi aborda schimbarea comportamentului şi poate apoi trece la dinamicile legate de comportament şi de relația terapeutică. Terapeutul poate lega aceste dinamici de intervențiile comportamentale, la fel cum poate evalua factorii de transfer şi de contratransfer care afectează procesul de decizie al terapeutului. Aceste strategii vor ajuta terapeutul să se asigure că, pe de o parte, intervențiile lui încurajează schimbarea comportamentului şi, pe de alta, duc la progresul explorării dinamice.

Abordări ale schimbării comportamentale în tratamentele psihanalitice

Ca dovadă a unei treceri către abordarea directă a comportamentului, clinicienii de orientare psihodinamică au discutat din ce în ce mai mult despre bazele teoretice şi despre abordările clinice ale schimbărilor comportamentale (Tabelul 1-2). Wachtel (1977) s-a concentrat iniţial pe acest domeniu, explorând integrarea psihanalizei şi a terapiei comportamentale şi a concluzionat că există multe zone de suprapunere a tratamentelor şi un antagonism inutil. A fost de părere că tehnicile comportamentale, inclusiv antrenamentul pentru dobândirea asertivităţii sau desensibilizarea sistematică, ar putea fi folosite împreună cu terapia analitică. A subliniat importanţa explorării relaţiilor din afara cadrului terapeutic şi valoarea analizării a ceea ce se petrece în aceste contexte. În viziunea lui, este important de luat în calcul nu doar modul în care dorinţele şi conflictele ar duce la anumite dificultăţi comportamentale, ci şi modul în care relaţiile şi comportamentele problematice pot duce la intensificarea anumitor conflicte.

Wachtel (1977, 2014) a descris tiparele de cercuri vicioase între stările intrapsihice şi interacţiunile cu alţii, care ar putea menţine psihopatologia. De exemplu, aşteptarea de a fi respins a unui individ depresiv, printr-un comportament evitant sau iritabil, i-ar face pe ceilalţi să se retragă sau să devină furioşi fără să vrea. Identificarea şi întreruperea acestor cercuri vicioase sunt importante atât pentru uşurarea simptomelor şi conflictelor interne, cât şi pentru

îmbunătățirea relațiilor. Wachtel considera că, pentru atingerea acestor scopuri, era necesar să se intervină mai activ în tiparele de comportament ale pacienților. Pentru atingerea acestor obiective, terapeuții ar putea fi nevoiți să-şi consilieze pacienții cu privire la interacțiunile lor sociale sau să-i ajute să dobândească abilități sociale.

Summers şi Barber (2010) consideră schimbarea comportamentală ca fiind o componentă importantă a PPP[1]. Intervențiile inițiale ale acestei abordări sunt mai formale, implicând explorarea sentimentelor, fantasmelor şi amintirilor dureroase. Ele presupun lucrul ulterior la dezvoltarea unor perspective diferite asupra situațiilor problematice curente. Terapeutul şi pacientul folosesc apoi aceste noi perspective pentru a dezvolta reacții alternative la aceste circumstanțe, parțial prin utilizarea comportamentelor şi a abilităților sociale prezente în domenii ale vieții lor mai puțin afectate de conflicte. Aceste schimbări comportamentale au un impact considerabil asupra emoțiilor, conflictelor şi percepțiilor de sine. Terapeutul rămâne vigilent în ceea ce priveşte riscurile asupra relației terapeutice menționate anterior, printre care riscul de a fi implicat în lupte de putere, ascunderea transferului, infantilizarea pacientului sau „reproducerea situațiilor traumatice timpurii prin intermediul directivelor adresate pacientului" (p. 45). Însă, după părerea celor doi autori, beneficiul dezvoltării de noi tipuri de comportament depăşeşte adesea aceste riscuri, căci „noile comportamente sunt doar luate în considerare, nu impuse"(p. 45), în timp ce terapeutul monitorizează starea alianței terapeutice. Summers şi Barber descriu un caz în care terapeutul şi

[1] Psihoterapie psihodinamică pragmatică (N. red.)

pacientul au dezvoltat un set de „scenarii” pentru schimbarea unui tipar în care pacientul prelua prea multe din treburile casei de la soția lui depresivă, ceea ce i-a permis să-şi exprime îngrijorarea, dar nu să-şi şi ofere imediat ajutorul. Cu toate acestea, nu au dezvoltat un cadru extins prin care problemele de comportament să fie abordate sistematic.

În psihoterapia psihodinamică de scurtă durată (PDSD), concepută de Levenson (2010), terapeutul şi pacientul identifică problemele interpersonale recurente de inadaptare şi modul în care tensiunile interne (rezultate din aceste tipare şi afecte problematice) contribuie la aceste probleme, concept înrudit întrucâtva cu abordarea lui Wachtel (1977). Se folosesc diferite tehnici psihoterapeutice mai tipice, cum ar fi clarificarea, confruntarea şi interpretarea transferului, dar terapeutul se concentrează pe modul în care aceste tipare interactive problematice s-au dezvoltat din relațiile dintre sine şi alții şi ce anume le menține. Terapeutul scoate în evidență tiparele repetitive pe măsură ce apar în transfer, în relații trecute şi prezente, în reprezentări ale sinelui şi ale celuilalt (de exemplu, critica de sine). Pe măsură ce aceste procese interpersonale problematice sunt identificate, pacienții încep să le recunoască atunci când apar în viața de zi cu zi. Pacienții primesc „teme pentru acasă”, în care practică identificarea anumitor dinamici care apar în interacțiunile lor cu ceilalți. Această perspectivă nouă le oferă posibilitatea de a-şi analiza propria contribuție la perpetuarea interacțiunilor disfuncționale şi pune accentul pe autoobservare. Odată ce pacienții pot recunoaşte tiparele disfuncționale şi le pot conecta cu stările emoționale, se pot concentra pe modificarea lor. Această conştientizare sporită

îi oferă pacientului capacitatea de a anticipa ocaziile în care să interacționeze diferit.

Formularea relațiilor interpersonale problematice recurente ajută la identificarea de noi comportamente, care diminuează tiparele şi părerile inadecvate despre propria persoană. În abordarea eforturilor de schimbare a comportamentului, terapeutul este conştient că pacienții evită comportamentul care declanşează anxietatea şi ruşinea. În abordarea acestor sentimente dureroase se pune accent pe învățarea experiențială, pregătind în acest mod terenul pentru apariția de noi tipuri de comportament. Se presupune că aceste modificări de comportament nu rămân fără urmări pozitive, permițând o trecere spre noi tipare şi o nouă experiență de sine şi de ceilalți. Astfel, pe măsură ce pacientul devine tot mai conştient de impactul diferitelor comportamente, apar o schimbare de concepție şi o trecere către noi modele relaționale funcționale. Terapeutul poate da indicații, inclusiv teme pentru acasă, pentru a susține pacientul în cultivarea dezvoltării sale şi în afara şedințelor de terapie. La fel ca în PPP, terapeutul care foloseşte indicații rămâne vigilent la riscul repunerii în scenă a unui tipar disfuncțional.

Deşi aceşti autori au făcut eforturi să obțină modificări ale comportamentului, abordările propuse de ei sunt ori incomplete (Wachtel; Summers şi Barber), ori foarte complicate (Levenson). Această carte va descrie un cadru larg pentru obținerea schimbării comportamentale, care abordează aceste limitări.

Schimbarea comportamentală ca ajutor în realizarea obiectivelor psihanalitice

Această lucrare sugerează că vizarea modificării comportamentale, în loc să perturbe procesul psihanalitic, adesea susține explorarea şi apariția insight-ului (Tabelul 1-2). Investigarea dificultăților comportamentale stimulează înțelegerea psihodinamică generală a pacientului. Are loc o explorare considerabilă, odată cu identificarea comportamentelor problematice şi a factorilor care împiedică schimbarea acestor comportamente. Vizarea modificării comportamentale oferă oportunitatea de a observa ce apare în mintea pacientului în ceea ce priveşte fantasmele, afectele şi conflictele atunci când se concep şi se pun în scenă aceste modificări. În acest mod devin accesibile informații intrapsihice suplimentare, care nu ar fi fost obținute dacă aceste eforturi nu ar fi fost depuse. Lucrul cu schimbarea comportamentală permite explorarea transferului care decurge din acest efort, cum ar fi nevoia de a face pe plac terapeutului sau de a-l sfida sau dorința ca terapeutul să aibă grijă de pacient. Oricare din aceste reacții transferențiale pot interfera cu modificarea comportamentului şi explorarea acestora oferă oportunitatea de a perlabora conflictele legate de asertivitate, furie şi dependență. În plus, aşa cum vom vedea în Capitolul 9 („Lucrul cu susținerea schimbării comportamentale şi cu reacția celorlalți"), modificările de comportament permit înfruntarea anumitor frici şi fantasme. De exemplu, comportamentul asertiv de succes îi poate ajuta pe pacienți să-şi reevalueze temerile că exprimarea directă a nevoilor sau sentimentelor lor va duce inevitabil la vătămarea sau perturbarea celorlalți. Astfel, aceste abordări de orientare

psihanalitică se pot dovedi valoroase pentru atingerea unui scop care până acum nu s-a aflat în atenția terapiilor exploratoare – respectiv modificarea comportamentului – şi deci să extindă mijloacele prin care pacientul poate fi susținut în obținerea insight-ului, în uşurarea distresului şi în ameliorarea relațiilor.

TABELUL 1-2. Încercări de schimbare a comportamentului, în conjuncție cu obiectivele psihanalitice
Identificarea comportamentelor problematice şi, ca urmare, extinderea formulării psihodinamice Oferirea de informații despre dinamici Oferirea de informații suplimentare depre transfer Schimbarea şi diminuarea conflictelor intrapsihice

Referințe

Busch F.N., Sandberg L.: Psychotherapy and Medication: The Challenge of Integration. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2007

Cabaniss D.L.: Shifting gears: the challenge to teach students to think psychodynamically and psychopharmacologically at the same time. Psychoanalitical Inquiery 18:639-656, 1998

Doidge N., Simon B., Brauer L. şi alții: Psychoanalytic patients in the US, Canada, and Australia: I.DSM-III-R disorders, indications, previous treatment, medications, and length of treatment. Journal of American Psychoanalitical Association 50(2):575-614, 2002

Donovan S.J., Roose S.P.: Medication use during psychoanalysis: a survey. Journal of Clinical Psychiatry 56(5):177-178, discussion 179, 19957737955

Ferenczi S.: The further development of the active therapy in psychoanalysis (1921), în Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis. editată de Richman J., Londra, Karnac Books, 1980, pp 198-217

Freud S.: Prelegeri de introducere în psihanaliză, Partea a III-a (1917), în Opere Esențiale, vol.1, Introducere în psihanaliză, pp 271-515, Bucureşti, Editura Trei, 2010.

Freud .S: „Psihanaliza" şi „Teoria libidoului" (1923), în Opere, vol. 13, Compendiu de psihanaliză, pp 81-108, Bucureşti, Editura Trei, 2005.

Freud S.: Letter from Sigmund Freud to Karl Abraham, February 15, 1924 (1924), în The Complete Correspondence of Sigmund Freud and Karl Abraham 1907-1925.

Transcriere şi editare de Falzeder E., traducere de Schwarzacher C. Londra, Karnac, 1965, pp 480-483

Gabbard G.O.: Tratamente în psihiatria psihodinamică, în Tratat de psihiatrie psihodinamică, pp 103, Bucureşti, Editura Trei, Bucureşti, 2007.

Kazdin A.E.: Symptom substitution, generalization, and response covariation: implications for psychotherapy outcome, Psychological Bulletin 91(2):349-365, 1982

Kelly K.V.: Principles, pragmatics, and parameters in clinical analysis: the dilemma of pharmacotherapy. Psychoanalitical Inquiery 18:716-729, 1998

Levenson H.: Brief Dynamic Therapy (Theories of Psychotherapy Series). Washington, D.C., American Psychological Associacion, 2010

Levy K.N., Clarkin J.F., Yeomans F.E. et al: The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. Journal of Clinical Psychology 62(4):481-501, 2006

Summers R.F., Barber J.P.: Psychodynamic Therapy: A Guide to Evidence-Based Practice. New York, Guilford, 2010

Thoma N., Pilecki B., McKay D.: Contemporary cognitive behaviour therapy: a review of theory, history and evidence. Psychodynamic Psychiatry 43(3):423-461, 2015

Tryon W.W.: Whatever happened to symptom substitution? Clinical Psychology Review 28(6):963-968, 2008

Wachtel P.L.: Psychoanalysis, Behavioral Therapy, and the Relational World. Washington, D.C., American Psychological Association, 1997

Wachtel P.L.: An integrative relational point of view. Psychotherapy (Chic) 51(3):342-349, 2014

2

Înţelegerea factorilor psihodinamici care împiedică schimbarea comportamentului

Psihanaliştii au identificat mulți factori care generează comportamente problematice şi care interferează cu schimbarea comportamentală. Printre aceştia se regăsesc evenimente traumatice şi din perioada dezvoltării, conflicte intrapsihice, apărări, anumite reprezentări ale obiectului şi ale sinelui, dificultăți din sfera personalității şi perturbări ale abilităților de mentalizare[2]. Lucrul cu aceste elemente prin intermediul abordărilor psihanalitice ajută pacienții să-şi dezvolte capacitatea de a-şi schimba comportamentul. Un tip de problemă comportamentală obişnuită, care va fi folosită ca exemplu în acest capitol, presupune inhibarea asertivității, prezentă în multe sindroame, printre care tulburarea anxioasă şi depresivă, dar şi în clusterul C al tulburărilor de personalitate (APA 2013; Busch et al. 2012, 2016). Cu toate că asertivitatea poate acoperi o gamă largă de comportamente, o definiție funcțională utilă este „capacitatea cuiva de a-şi comunica direct şi adecvat propriile sentimente, credințe şi opinii unei alte persoane".

Acest capitol abordează o multitudine de factori psihodinamici care inhibă asertivitatea (Tabelul 2-1), deşi aceasta nu se vrea o listă exhaustivă, din moment ce la o problemă de comportament poate contribui un ansamblu larg de constelații dinamice.

TABELUL 2-1. Factori care contribuie la problemele de comportament: lipsa de asertivitate, comportament vizat

[2] Mentalizarea reprezintă abilitatea de a înțelege propria stare mentală şi pe a altora, stare aflată la baza comportamentului vizibil. (N.t.)

Factori de dezvoltare, cum ar fi experiența unor îngrijitori punitivi în copilărie, severi şi generatori de vinovăție Experiențe traumatice, inclusiv abandonul, pierderea, abuzul Reprezentările sinelui şi celorlalți, printre care percepția sinelui ca fiind slab, inadecvat, iar a celorlalți ca fiind controlatori şi respingători Conflicte intrapsihice, incluzând sentimente de furie şi fantasme declanşatoare ale fricii de represalii distrugătoare Mecanisme de apărare, ca formațiunea reacțională şi agresivitatea pasivă Dificultăți de personalitate, printre care Clusterul C al tulburărilor de personalitate Deficite ale abilităților de mentalizare

Diverse elemente relevante pentru viața mentală a unui anumit pacient, pentru simptomele şi dificultățile lui de comportament sunt organizate sub forma a ceea ce se cheamă formulare psihodinamică (Perry et al. 1987), care specifică şi integrează aceşti factori. Formularea, care se dezvoltă în cursul tratamentului, generează un cadru pentru utilizarea tehnicilor psihodinamice (vezi Capitolul 4, „Utilizarea tehnicilor psihodinamice în abordarea schimbării comportamentale") în scopul abordării simptomelor şi schimbării comportamentale.

Factori de dezvoltare şi experiențe traumatice

Factorii de dezvoltare, adică experiențele cu îngrijitorii din copilărie, de obicei joacă un rol în dificultățile legate de asertivitate; într-adevăr, mulți pacienți cu tulburări asociate

cu lipsa de asertivitate au avut în copilărie îngrijitori punitivi, reținuți în manifestări sau care îi făceau să se simtă vinovați atunci când ei încercau să se afirme (Busch şi alții 2012). Indivizii internalizează astfel de experiențe problematice de dezvoltare sub formă de fantasme sau modele intrapsihice în care anticipează o reacție critică sau de respingere din partea celorlalți. Evenimentele traumatice ca abandonul, pierderea, separarea sau abuzul pot cauza un ataşament nesecurizant față de îngrijitori, contribuind astfel la apariția unor frici legate de asertivitate, pentru că individul anticipează că relațiile pot fi amenințate sau rupte cu uşurință (Allen 2013; Fonagy et al. 1996). Aceste evenimente problematice pot duce la internalizarea unor reprezentări de obiect şi de sine care includ o percepție a sinelui ca slab, inadecvat şi temător şi o perspectivă asupra celorlalți ca rejectanți sau atacatori. De exemplu, un pacient cu un tată tiran avea fantasme recurente în care orice efort de a se afirma producea furia autorității masculine, care reacționa prin umilirea lui şi prin a-i arăta „cine e şeful”. Unii cred că asertivitatea îi va răni pe ceilalți, pe care îi privesc ca fiind slabi şi fragili.

Conflictele intrapsihice

De asemenea, pacienții cu probleme de asertivitate au tendința să se lupte cu anumite conflicte intrapsihice, cu trăiri şi fantasme amestecate şi contradictorii şi cu interdicții introiectate despre ele (Busch et al. 2012). Deşi astfel de fantasme rămân în mod normal în afara conştiinței, provoacă anxietate şi vinovăție; există un efort inconştient de a deturna emergența conştientă a unei dorințe sau a

unui impuls, prin mecanisme de apărare (vezi subsecțiunea următoare). Principalele conflicte legate de asertivitate sunt adesea conectate cu sentimente şi impulsuri de furie, legate inconştient de aceasta, cu frica de a-i răni pe alții sau de a provoca respingerea ori contraatacul, declanşând vinovăție şi anxietate. De exemplu, pacientul la care ne-am referit mai devreme simțea furie față de figurile autoritare, din cauză că fusese tiranizat de tatăl lui. Această furie a trebuit reprimată, pentru că nu era tolerată. A devenit evident că acest pacient confunda asertivitatea cu propriile dorințe de a-i tiraniza şi de a-i controla pe ceilalți, provocându-şi vinovăție şi inhibând orice exprimare directă a dorințelor sale. Lipsa de asertivitate, la fel ca alte comportamente autodistructive, poate îndeplini şi o funcție inconştientă autopunitivă, ca reacție la vinovăția de bază, adesea provocată de conflictele intrapsihice (Markson 1993). O abordare psihanalitică tradițională de conştientizare a acestor dinamici poate ajuta la uşurarea acestor tendințe autodistructive, dar dezvoltarea unor comportamente alternative asertive va sprijini adesea acest proces.

Mecanisme de ap**ă**rare

Mecanismele de apărare, modalități tipice prin care pacienții încearcă să gestioneze atât fantasmele inconştiente amenințătoare sau afectele dureroase, cât şi percepțiile despre ei şi ceilalți, care pot contribui la lipsa asertivității, includ formațiunile reacționale şi agresivitatea pasivă (Bloch şi alții 1993; Busch şi alții 1995, 2012). În formațiunea reacțională, persoanele trăiesc şi exprimă conştient un sentiment contrar unei emoții reprimate. De exemplu,

manifestă şi mai multe sentimente sau comportamente pozitive față de cei pe care sunt de fapt furioşi în sinea lor. În comportamentul pasiv-agresiv, frustrările sunt exprimate în forme indirecte, cum ar fi întârzierea sau neimplicarea. Aceste apărări încearcă inconştient să moduleze sentimentele şi fantasmele înspăimântătoare şi marcate de conflict, dar blochează accesul la frustrări şi directa lor exprimare.

Dificultăţi de personalitate

Aşa cum s-a menționat mai sus, lipsa de asertivitate este adesea prezentă în Clusterul C al tulburărilor de personalitate, care le includ pe cele dependente, evitante şi obsesiv-compulsive (APA 2013). Pacienții care suferă de aceste tulburări pot demonstra un nivel crescut al dependenței, al fricilor de separare, al timidității, al sensibilității la dezaprobare, al evitării, perfecționismului şi supraconştientizării. Aceştia au adesea dificultăți în tolerarea anumitor fantasme şi sentimente de furie şi se luptă cu fricile de separare şi autonomie, care interferează cu asertivitatea. Aceşti factori de personalitate ar trebui abordați în paralel cu alți factori psihodinamici care contribuie la problemele de comportament.

Deficitul de mentalizare

Pacienții lipsiți de asertivitate se luptă adesea cu deficitul de mentalizare, respectiv capacitatea de a concepe şi de a interpreta tipare şi comportamente ale propriei persoane şi ale altora, în termeni de stări mentale (Busch 2008; Fonagy şi Target 1997). Un instrument de evaluare care a fost dezvoltat în scopul evaluării acestei capacități este funcționarea reflexivă (reflective functioning – RF) (Fonagy 2008), despre care s-a constatat că este asociată într-o măsură semnificativă cu diverse aspecte ale sănătății mentale. De exemplu, un nivel înalt de RF prezent la părinți este asociat cu o mai bună sănătate mentală a copiilor lor. (Steele şi Steele 2008), iar indivizii cu niveluri mai înalte de RF care au trăit o formă de abuz sunt mai puțin predispuşi la a dezvolta tulburarea de personalitate de tip borderline (Fonagy şi alții 1996). Cel mai probabil, mentalizarea e întreruptă în contextul relațiilor de ataşament intens, care pot afecta capacitatea de a comunica nevoi şi dorințe. Pe lângă capacitatea de a se observa pe sine, înțelegerea gândurilor, sentimentelor şi raționamentelor altora este relevantă pentru modificarea comportamentului. Multe probleme de comportament apar în urma interpretării greşite a comportamentului altora sau anticipării anumitor comportamente. O mai bună înțelegere a motivațiilor şi a modului în care comunică ceilalți poate contribui la schimbarea comportamentului. De exemplu, doamna B., al cărei caz este discutat mai jos, se temea de represalii din partea mamei sale atunci când intenționa să-şi exprime dorințele, dar s-a simțit mai puțin amenințată atunci când a înțeles că şi mama ei se lupta cu sentimentul de a fi presată de alții.

Următoarea vignetă descrie identificarea factorilor care contribuie la lipsa de asertivitate şi sintetizează o formulare

psihodinamică, contribuind la dezvoltarea unor abordări destinate ameliorării acestor factori şi alegerii unor comportamente mai asertive.

Exemplu de caz

Domnişoara B., o absolventă de facultate în vârstă de 25 de ani, avea dificultăți în a fi asertivă în diverse contexte şi se temea că dacă insistă să obțină ce-şi doreşte i-ar supăra foarte rău pe ceilalți. În contextul planificării propriei nunți, a întâmpinat dificultăți în a-şi impune propriile nevoi şi dorințe privind diferite aspecte ale ceremoniei. În special mama şi mătuşa din partea mamei o presau în legătură cu anumite lucruri pe care şi le doreau ele, iar ea se simțea obligată să cedeze, la fel ca în alte ocazii similare. Primul subiect adus în discuție a fost locul ceremoniei, iar ea le-a acceptat dorința ca această ceremonie să se desfăşoare într-o biserică, deşi ar fi preferat un loc nereligios. Mătuşa ei suporta mare parte din costuri, accentuându-i în acest fel vinovăția generată de impunerea propriilor dorințe şi presiunea de a ceda la cererile celor două.

Analizând aceste presiuni, a devenit evident că preocupările ei erau conectate din punct de vedere emoțional şi al dezvoltării la atenția pe care o acordau părinții ei aparențelor şi performanței, adesea având ca rezultat eliminarea empatiei din relația cu copiii lor. Mama ei o presa să slăbească, cu toate că pacienta nu era supraponderală, iar tatăl ei îi obliga, pe ea şi pe fratele ei, să obțină rezultate academice foarte bune. Părinții ei considerau important ca

în ochii comunității viața lor de familie să pară că merge foarte bine, asta în ciuda instalării unor considerabile dificultăți financiare, care le afectau stilul de viață. Aceste dificultăți au dus la mutarea dintr-o casă destul de mare într-un mic apartament, când ea avea 14 ani, unde ea şi fratele ei mai mic au fost nevoiți să împartă temporar o cameră. Când pacienta li s-a plâns părinților despre această situație, ei s-au înfuriat şi au acuzat-o de egoism, aşa cum reacționau de fiecare dată când ea îşi exprima frustrările. A dezvoltat un obicei de a-şi minimaliza propriile griji, cedând în fața tăcerii familiei ei față de ceilalți, reacțiilor de furie ale părinților față de ea şi propriei jene provocate de aceste dificultăți. Se simțea vinovată şi dădea vina pe propria persoană, pentru că „făcea atâta caz de situațiile din viața ei, când altora le mergea mult mai rău". Relația părinților a devenit tot mai conflictuală. Au divorțat când ea avea 16 ani.

Dezvoltând o abordare psihodinamică, terapeutul şi pacienta au identificat mai mulți factori care contribuiau la lipsa ei de asertivitate, printre care stresori semnificativi de dezvoltare în legătură cu presiunile făcute asupra modului în care arăta şi asupra performanței academice, o lungă perioadă în care fusese criticată că „se plânge" şi o nevoie ruşinoasă de a păstra tăcerea despre problemele familiei. În acest context, dacă dădea curs nevoilor sale, se considera „rea" şi „veşnic nemulțumită". Conflictele sale intrapsihice se construiau în jurul unor fantasme despre exprimarea supărării şi furiei, care îi declanşau sentimente de vinovăție şi anxietate provocate de un potențial impact negativ asupra celorlalți. Furia la adresa părinților ei, considerată inacceptabilă, a început să fie îndreptată împotriva propriei persoane şi era exprimată prin autopedepsire şi autoînjosire.

Această dinamică, înrudită cu depresia[3],îi împiedica manifestarea asertivității şi exprimarea nevoilor, în timp ce îi amplifica sentimentele de inadecvare: nu considera că merita atenția celorlalți.

Printre mecanismele ei tipice de apărare se numărau atât negarea dorințelor, a nevoilor şi a furiei, cât şi formațiunea reacțională, manifestată prin grija față de cei pe care era furioasă în interiorul ei. În plus, abilitățile ei de mentalizare erau perturbate, căci nu putea înțelege ce anume provoca comportamentul controlator al celorlalți. Obiectivele terapiei vizau sprijinirea pacientei în a decide şi a exprima ce anume dorea, fără a simți vinovăție intensă şi frica de a nu-i răni pe ceilalți. Terapeutul a abordat aceşti factori şi a folosit tehnica formulării[4] ca să propună modalități alternative în care ea le-ar putea răspunde mamei şi mătuşii.

Dra B.: Mama şi mătuşa nu sunt rău intenționate, dar au sugerat să angajăm o trupă de jazz. Eu nu-mi doresc asta, iar prietenilor mei sigur n-o să le placă. Am refuzat, dar ele insistă.

---

[3] Vezi Busch şi alții 2016.

[4] Formularea este o tehnică ce vizează explicarea dificultăților unui pacient în contextul relațiilor sale, al mediului social, al anumitor evenimente din viață şi al sensului pe care persoana li le-a atribuit. E ca o poveste personală, pe care psihologul o rescrie împreună cu pacientul. (N.t.)

Terapeutul: Păi, având în vedere că este nunta ta, de ce simți nevoia să accepți trupa impusă de ele?

Dra B.: Probabil pentru că mătuşa mea plăteşte şi nu vreau s-o dezamăgesc nici pe ea, nici pe mama. Sunt atât de insistente!

T.: Cred că e important pentru lucrul nostru în terapie să analizăm o luare de poziție din partea ta. Se pare că a ceda, în acest caz, este o reacție tipică pentru tiparul în care tu crezi că trebuie să renunți la nevoile tale în favoarea celorlalți. Însă, dacă faci asta, sfârşeşti prin a simți că ai pierdut o parte din tine şi devii frustrată şi deprimată.

Dra B.: Am observat că am început să nu mă mai implic. Încep să mă simt de parcă nici n-ar fi nunta mea. Aş vrea să am putere să depăşesc blocajul ăsta, dar nu sunt sigură că pot.

T.: O parte din reacția ta în astfel de situații constă în neputință şi vinovăție. Acestea datează de pe vremea când familia ta a întâmpinat probleme financiare şi te-a rugat să nu spui nimănui. Atunci te-ai simțit singură, ruşinată şi neputincioasă şi cred că şi profund resentimentară pe dinăuntru, însă lucrurile se pot schimba acum.

Dra B.: Mă simt foarte asemănător cu felul în care mă simțeam atunci. Chiar cred că avem de lucrat la asta. Pe de o parte, mă simt uşurată să aud asta, dar, pe de alta, mă simt vinovată şi speriată.

T.: Ce anume te sperie?

Dra B.: Ştiu că, dacă mă opun acestui plan, mama se va supăra. Şi se va stresa în legătură cu modul în care va reacționa sora ei.

T.: Se pare că te temi foarte tare să n-o răneşti.

Dra B.: Aşa cred.

Formularea psihodinamică i-a ajutat şi pe terapeut, şi pe pacientă în identificarea dificultății ei de a pune limite mamei şi mătuşii ei. În plus, sugerarea unui potențial comportament pacientei a precipitat dezvoltarea formulării şi înțelegerea pacientei: îngrijorarea pacientei legată de fragilitatea mamei sale nu mai fusese manifestată până atunci.

Fantasmele şi conflictele intrapsihice care presupuneau frica şi vinovăția de a le face rău altora dacă-şi exprima îngrijorările sau dorințele au apărut şi în relația cu logodnicul ei, Jim, când terapeutul a abordat frustrările cauzate de el:

Dra B.: Sunt iritată că Jim nu mă susține mai mult în disputele cu mama. De fapt, şi părinții lui insistă apropo de anumite aspecte ale nunții şi mă bat pe mine la cap. Dar eu

nu vreau să-l supăr pe Jim discutându-le cu el, pentru că e aşa de entuziasmat. Se aşteaptă ca nunta să fie de poveste.

T.: Cum crezi că l-ai pune în dificultate dacă i-ai cere să te susțină mai mult?

Dra B.: Dacă tot ce fac este să mă plâng, cred c-o să distrug tot.

T.: Ei bine, eu nu cred că eşti în pericol să te plângi tot timpul. Pare mai curând să fie tendința ta de a te critica atunci când intri în contact cu propriile dorințe şi cu modul în care ți s-a spus mereu că eşti o „plângăreață".

Dra B.: Adevărul e că sunt foarte dezamăgită că nu se confruntă măcar cu familia lui, mai ales acum, când sunt atât de stresată de mama şi mătuşa mea.

T.: Cred că acest conflict în ce priveşte discuția cu Jim reprezintă aceeaşi frică despre care am vorbit deja, care apare când ai de-a face cu mama şi cu mătuşa ta. Tu consideri că furia şi nevoile tale sunt inacceptabile sau că-i rănesc pe ceilalți şi că nu e corect față de ei să le exprimi.

Dra B.: Chiar cred că i-aş strica fericirea.

T.: Asta are legătură cu ce spuneam. În loc să te gândeşti la cum ți-ai discuta trăirile cu el şi cum ți-ar răspunde, tu te concentrezi pe cum l-ai putea răni vorbindu-i. La fel cum

consideri că, dacă îți impui dorințele despre nunta ta, le superi pe mama şi pe mătuşa ta. Este modul în care te-ai simțit alături de părinții tăi, crescând. De fapt, în trecut, când discutai diverse probleme cu Jim, el era receptiv. Ideea că tu i-ai putea distruge fericirea pare un tip de gândire catastrofală.

Dra B.: Cred că ai dreptate. Ăsta e unul dintre motivele pentru care mă bucur că mă mărit cu el. Probabil c-ar trebui să discutăm mai mult depre problemele legate de nuntă, iar el ar trebui să vorbească cu părinții lui. Dar poate că e vina mea. Ar fi trebuit să trasez limite clare încă de la început, despre cum doream să fie nunta.

T.: Dar aici iarăşi te învinovăţeşti, de data asta pentru că alții sunt intruzivi sau au pretenții prea mari. Iar această furie se întoarce împotriva propriei tale persoane.

Dra B.: Aşa este. Nu e vina mea că părinții lui au început să aibă tot felul de pretenții. Mă simt mai bine pe tema asta şi vreau să vorbesc cu el.

Aşa cum s-a menționat mai sus, domnişoara B. se lupta şi cu o perturbare a capacităților sale de mentalizare. De exemplu, se concentra pe a descoperi ce greşeală a ei a făcut-o pe mama ei s-o atace, dar nu se simțea în siguranță dacă încerca să reflecteze la modul în care gândea mama ei. Cu toate acestea, era capabilă să se gândească la ce simțeau ceilalți, atunci când relațiile respective sau circumstanțele erau mai puțin stresante. Aşa cum reiese din dialogul de

mai jos, analiza emoțiilor şi trăirilor mamei sale s-a dovedit foarte utilă pentru abordarea dificultăților sale legate de asertivitate. O deranjau insistențele mamei sale de a se întâlni cu tatăl vitreg şi cu copiii acestuia.

Dra B.: Tot nu pricep de ce trebuie să ne întâlnim cu familia mea vitregă! Nu suntem chiar aşa de apropiați. Nu am nimic cu tatăl meu vitreg, dar îl consider insistent şi controlator. Nu mă simt bine în compania lor. Cu toate astea, mama insistă să ne întâlnim. Tocmai i-am întâlnit de Ziua Recunoştinței. Acum vrea să petrecem cu ei şi ziua de Crăciun!

T.: Ai discutat despre asta cu ea?

Dra B.: Am încercat să spun câte ceva, dar cred că doar o să înrăutățească lucrurile. Şi mai cred că s-ar putea ca el s-o preseze.

T.: Spune-mi mai multe despre asta.

Dra B.: Păi pare insistent. Iar ea spune că n-are încotro, că nu vrea să-l rănească nici pe el, nici pe familia lui. Şi apoi încep să mă simt vinovată şi să mă gândesc că nu e cine ştie ce efort să ne vedem cu ei.

T.: Ar fi câteva aspecte legate de acceptarea imediată a acestei vizite, fără a sta pe gânduri. Tu de fapt nu vrei să-i vizitezi de sărbători şi faptul că ții asta pentru tine îți

întreține frustrarea şi nefericirea. Şi nici nu consideri că ai prea multe de spus în problema asta. Propriile tale dorințe nu sunt luate în calcul. Iar noi ştim că asta te supără. Alte mame ar înțelege că e un lucru dificil să amesteci familiile şi şi-ar întreba fiica dacă vrea să-i mai întâlnească şi ar căuta compromisuri pentru a împăca diversele activități. Dar mama ta nu procedează aşa.

Dra B.: Da, sunt conştientă de asta, dar în cele din urmă simt că-mi fac mama să sufere şi că mă comport ca un copil răsfățat.

T.: Trebuie să-ți reamintesc că asta e o poveste veche. Tu ajungi mereu să crezi că eşti personajul negativ. Ai crezut mereu că nevoile tale au creat o problemă şi tu erai „rea" pentru că le simțeai şi le exprimai. Prin urmare, ai ajuns să le ții pentru tine. Însă, în cele din urmă, tu devii deprimată şi frustrată pentru că accepți lucruri pe care nu le doreşti.

Dra B.: Da, dar nu e nimic în neregulă cu tatăl meu vitreg. O iubeşte pe mama. Însă pare să vrea să controleze el tot. Vrea să ia numai el deciziile.

T.: Ei bine, consider că asta e o problemă. Şi, desigur, nu e un om rău, în sensul că nu e rău cu tine. Însă faptul că lui nu-i pasă de dorințele tale apropo de aceste vizite e o problemă.

Dra B.: Păi, uite, mama voia să-i invite la petrecerea de ziua mea! M-am înfuriat, dar n-am vrut să ne certăm. Aşa că am

refuzat amabil, dar m-am simțit vinovată, iar ea pare îngrijorată.

T.: Cred că asta ne arată un alt aspect al dinamicii dintre ei şi care se întâmpla mereu şi cu părinții tăi. Tu nu te simți vinovată doar pentru că ai impresia că nevoile tale sunt rele sau că le provoacă altora neplăceri, ci şi pentru că eşti furioasă. Asta nu prea e în regulă. Până la urmă, tu îți manifeşti furia față de tine însăți criticându-te.

Dra B.: E adevărat că mă simt vinovată imediat ce mă înfurii. Dar ştiu că, înainte, când îmi exprimam furia, mama se supăra foarte tare, iar în acest fel nu ajungem nicăieri. Însă acum constat că şi asupra ei se fac presiuni. I-am spus că pare foarte preocupată de ce gândeşte el. N-a răspuns prea multe, dar a părut o discuție mai eficientă decât anterioarele.

T.: Cred că e foarte util că ți-ai dat seama de ce gândeşte mama ta. Poate că nu te crede neapărat „rea", ci mai curând se luptă cu propriile ei trăiri. Se simte amenințată.

Dra B.: Bine zis. Nu m-am gândit niciodată la asta.

Folosindu-şi capacitatea de mentalizare, ea a conştientizat tot mai mult presiunea interioară a mamei sale de a-i face pe plac tatălui vitreg, fapt ce a ajutat-o să înțeleagă de ce mama ei o ataca. Această conştientizare contrasta cu părerea ei că se purta într-o manieră care rănea. Din această perspectivă, problemele ei de asertivitate proveneau

în parte mai curând din presiunea resimțită de mama ei decât din dorința pacientei de a pune limite sau de a-şi împlini nevoile. Această informație a ajutat la diminuarea furiei ei şi la creşterea empatiei față de mamă, căci acum putea înțelege că mama ei se confrunta cu propriile ei sensibilitate şi anxietate, în care ea fusese implicată indirect. Această înțelegere superioară a propriei sale furii şi a dificultăților mamei sale a ajutat-o să-şi uşureze vina.

Utilizarea crescută a mentalizării permite luarea în calcul a altor căi de abordare a mamei în legătură cu problemele pacientei. De obicei, când pacienta reuşea să-şi afirme opinia, îşi exprima direct frustrarea, spunându-i mamei că nu pricepe de ce trebuie să se întâlnească atât de des, iar mama ei se înfuria. Folosind informația despre reacțiile mamei, terapeutul i-a sugerat o reformulare care îi exprima regretul că mama se simțea atât de presată să facă totul pe placul tatălui vitreg şi al familiei lui. „Eşti atât de preocupată din această cauză! Oare asta te face să mă împingi să mă văd cu ei?" Abordată în acest mod, mama ar putea avea o discuție despre grijile ei, iar pacienta i-ar putea uşura mamei anxietatea, pentru ca, în acest fel, să reducă şi presiunea asupra propriei persoane. Sau mama ei ar putea să nu fie dispusă la o astfel de discuție, caz în care pacienta ar fi nevoită să-şi limiteze expunerea la impactul advers al mamei. În unele cazuri, un pacient ar putea dori să sugereze celuilalt să ia în calcul începerea unei terapii pentru a scăpa de stres. Terapeutul şi domnişoara B. au decis ca ea să se oprească scurt în vacanță la familia tatălui vitreg, propunere care a fost acceptată de mama ei.

După ce domnişoara B. a avut succes cu propunerea ei legată de scurta vizită la tatăl vitreg, lucrurile au mers mai bine. Cu toate astea, această turnură pozitivă a generat în continuare vinovăție şi o oportunitate suplimentară de a lucra asupra conflictelor şi inhibiţiilor ei.

Dra B.: Până la urmă n-a fost aşa de rău cum am crezut. Iar apoi m-am simțit vinovată că m-am plâns atâta.

T.: Ce vrei să spui cu asta?

Dra B.: Că am exprimat prea multă frustrare în legătură cu întâlnirea şi cu faptul că nu-mi place tatăl meu vitreg.

T.: Față de mama ta?

Dra B.: Nu, față de Jim. Dar tot simt că nu e în ordine. După o vreme, mama m-a întrebat cum a mers şi parcă se aştepta să-i răspund că a fost minunat. I-am spus doar că a fost în ordine.

T.: Ştii, e interesant. Eu ştiu că tu eşti capabilă să-ți exprimi frustrarea față de alții şi să glumeşti în tot felul de situații. Aşadar, uneori ți se pare uşor să-ți exprimi nevoile. Însă, când vine vorba de mama ta, e foarte dificil. Adesea te simți vinovată când trebuie să-ți exprimi îngrijorările, chiar şi în acest caz, când mama ta le-a acceptat.

Dra B.: Da, aşa este. Dar tot mai cred că de fapt nu era mulțumită.

Aici, terapeutul se referă la o dinamică relevantă, în care problemele comportamentale variază în funcție de context şi se pot amplifica în relațiile de ataşament strâns. Sentimentele intense implicate în aceste relații amplifică conflictele intrapsihice şi perturbă capacitățile de mentalizare. Terapeutul îşi poate ajuta pacienții să-şi identifice abilitățile în circumstanțe mai puțin înfricoşătoare şi apoi să descrie cum au fost acestea perturbate sau în ce mod nu le sunt accesibile în anumite situații cu prieteni sau membri ai familiei. Pacienții pot utiliza aceste informații ca parte a unui cadru de analizare a comportamentelor problematice din relațiile apropiate. În plus, terapeuții pot identifica circumstanțele care provoacă conflicte mai serioase şi dificultăți comportamentale într-o anumită relație de ataşament. În cazul domnişoarei B., contrastul s-a putut evidenția şi în relația ei cu logodnicul, față de care îi era mai uşor să-şi exprime neînțelegerile şi cu care se simțea mai puțin limitată decât în alte contexte, aşa cum reiese din exemplul de mai sus.

În analizarea surselor comportamentului problematic, psihoterapia psihodinamică poate identifica mai mulți factori care contribuie la persistența acestor dificultăți, printre care factori care au intervenit în dezvoltare, evenimente traumatice, conflicte intrapsihice, apărări şi reprezentări de obiect şi de sine. O formulare psihodinamică ce identifică aceşti factori oferă un cadru pentru a determina şi implementa comportamente alternative, folosind tehnicile descrise în capitolele următoare. Schimbările

comportamentale vor repoziționa tiparele conflictelor şi apărărilor pacienților. Astfel, în loc să fie antagoniste, abordarea schimbărilor comportamentale şi identificarea factorilor psihodinamici contributivi vor conlucra în abordarea simptomelor şi a problemelor de comportament ale pacienților.

Referinţe

Allen J.G.: Restoring Mentalizing in Attachment Relationships. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013

DSM-5, Manual de Diagnostic şi Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale, Editura Medicală Callisto

Bloch A.L., Shear M..K, Markowitz J.C. et al: An empirical study of defense mechanisms in dysthymia. American Journal of Psychiatry 150(8): 1194-1198

Busch F.N.(ed): Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, and. Clinical Implications. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2008

Busch F.N., Shear M.K., Cooper A.M. et al.: An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. J Nerv Ment Dis 183(5): 299-303, 1995

Busch F.N., Milrod B.L., Singer M. et al.: Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy-eXtended Range. New York, Routledge, 2012

Busch F.N., Rudden M.G., Shapiro T.: Psychodynamic Treatment of Depression, 2nd Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Press, 2016

Fonagy P.: The mentalization-focused approach to social development, in Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications. Volum coordonat de Busch F. Hillsdale, N.J., Analytic Press, 2008, pp 3-56

Fonagy P., Target M.: Attachement and reflective function: their role in self-organization. Developmental Psychopathology 9(4):679-700, 1997

Fonagy P., Leigh T., Steele M. et al.: The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. Journal of Consulting Clinical Psychology 64(1):22-31, 1996

Markson E.R.: Depression and moral masochism. International Journal of Psychoanalysis 74(Pt5):931-940, 1993

Perry S., Cooper A.M., Michels R.: The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. American Journal of Psychiatry 144(5):543-550, 1987

Steele H., Steele M.: On the origins of reflective functioning, în Mentalization: Theoretical Considerations, research Findings, and Clinical Implications. Volum coordonat de Busch F., Hillsdale, N.J., Analytic Press, 2008, pp 133-158

3

Identificarea şi gestionarea riscurilor în abordarea schimbării comportamentale

Deşi această carte subliniază valoarea abordării modificării comportamentului în contextul psihoterapiei psihodinamice, psihanaliştii au identificat anumite probleme în aceste abordări, la care clinicianul ar trebui să rămână vigilent. Psihanaliştii mai curând au evitat astfel de abordări, în loc să recunoască faptul că o monitorizare potrivită a acestor

factori poate ajuta la eliminarea problemelor pe care ei le-ar putea genera. Aceste dificultăți ar trebui luate în calcul în orice terapie care abordează modificarea comportamentului. Printre acestea se numără impactul negativ potențial asupra relației terapeutice, complicații în sugerarea anumitor comportamente şi factorii de contratransfer (Tabelul 3-1). Acest capitol descrie abordări care ar putea limita posibilele repercusiuni, inclusiv anticiparea şi abordarea reacțiilor transferențiale şi stabilirea unei poziții de colaborare (Tabelul 3-2).

TABELUL 3-1. Potențiale probleme în vizarea schimbării comportamentale
Impactul negativ asupra relației terapeutice Dependența de terapeut şi nevoia de a-i face pe plac Lupta cu terapeutul Reacția rebelă față de terapeut Perspectiva exclusivă a pacientului Factorii contratransferențiali Conflictele intrapsihice ale terapeutului Frustrarea provocată de dificultățile pacientului în a face schimbări Rolul paternalist adoptat de terapeut

Impactul advers asupra relaţiei terapeutice

Dependenţa de terapeut

Aşa cum s-a menționat în Capitolul 1 („Înțelegerea schimbării comportamentale în tratamentele psihanalitice”), psihanaliştii au descoperit că lucrul cu modificarea comportamentală poate provoca anumite tipare problematice în relația terapeutică. Pacienții, conştienți de faptul că terapeutul îi încurajează să-şi modifice acțiunile, pot dezvolta o nevoie de a-i face pe plac terapeutului încercând să aplice tot felul de schimbări, care însă generează sentimente de inadecvare dacă aceştia nu reuşesc. Pacienții pot deveni dependenți de tratament, ajungând să creadă că au nevoie de terapeut ca să le spună ce trebuie să facă în viață. La rândul lor, terapeuții pot fi tentați să preia rolul de părinte al pacienților, îngreunându-le şi mai mult luarea de decizii. În plus, pacienții se pot simți presați să se supună sugestiilor terapeutului şi să se considere „pacienți răi” dacă nu se conformează sau dacă nu îndeplinesc sarcina la care lucrează în terapie. Pacienții pot reacționa sfidător sau pasiv-agresiv dacă nu vor să urmeze sugestia terapeutului sau dacă comportamentul spre care se tinde îi face să simtă disconfort sau îi înfricoşează. Recomandările comportamentale pot provoca nevoia de revoltă pacienților predispuşi la aceasta din diverse motive, printre care şi dificultățile cu autoritatea.

În practică, intervențiile asupra comportamentului nu duc neapărat la astfel de tipare problematice de relaționare. De exemplu, în studiile despre tratamentele cognitiv-comportamentale, s-a constatat că, în loc să devină dependenți de terapeut, pacienții devin de obicei mai capabili, iar o parte din simptome dispar (Thoma et al.2015). Totuşi, aceste studii rareori monitorizează aspectele legate de strădania pacienților de a întruni aşteptările

tratamentului sau presiunea simțită de aceştia de a-i face pe plac terapeutului.

TABELUL 3-2. Gestionarea riscurilor în vizarea schimbărilor comportamentale
Lucrul cu transferul Conştientizarea faptului că terapeutul cunoaşte doar perspectiva pacientului Atenția la reacțiile contratransferențiale Stabilirea unei abordări colaborative

În măsura în care relația terapeutică este afectată de obiectivul modificării comportamentale, psihoterapia psihodinamică furnizează metode pentru abordarea acestor probleme. Terapeutul poate sublinia faptul că pacientul va manifesta o diversitate de reacții la sugestiile legate de comportament, inclusiv sentimente şi dorințe care-l implică pe terapeut, unele destabilizante. Explorarea acestor sentimente în contextul transferului poate ajuta la rezolvarea acestor reacții potențial problematice. Terapeutul va fi atent la reacții precum speranța pacientului ca terapeutul să ia hotărâri în locul lui, dorința pacientului de a-l mulțumi pe terapeut sau nevoia pacientului de a se revolta împotriva sugestiilor. Terapeutul trebuie să recunoască faptul că nu are cum să ştie exact cum e mai bine ca pacientul să acționeze în viața lui şi că modificarea comportamentului este o sarcină complexă. O astfel de abordare poate ajuta la reducerea riscului ca pacientul să se simtă presat sau obligat de terapeut să facă schimbări.

În următorul exemplu de caz, solicitarea de sfaturi exacte de către pacient derivă parțial din cauza unei dependențe conflictuale față de autorități şi a furiei împotriva acestora

(Busch şi Milrod 2015). Cu toate că terapeutul a făcut recomandări specifice în ce priveşte comportamentul, a analizat şi modul în care imaginea pacientului despre sine ca fiind incapabil avea un rol defensiv.

Exemplu de caz

Domnul C., un tehnician pentru calculatoare, în vârstă de 23 de ani, acuza simptome ale atacului de panică, ale anxietății de separare şi ale depresiei şi nu a răspuns la diferitele încercări de medicație antidepresivă şi tipuri de psihoterapie. Se străduia să-şi vadă de viață, spunând uneori că se simte învăluit ca într-o „ceață" dezorientat şi deconectat. Relata că se simțea furios din cauza criticii permanente din partea şefei lui şi pretențiilor iubitei sale, care aştepta să-i răspundă instantaneu la cererile de ajutor. El se simțea însă incapabil să contracareze aceste atacuri şi cereri, temându-se că exprimarea furiei ar duce la pierderea acestor relații, ceea ce îi exacerba frica de separare. Le percepea pe cele două femei ca fiind fragile şi se temea că furia lui le-ar fi putut răni. Aceste relații se asemănau cu cea pe care o avea cu mama lui, pe care o descria ca punitivă şi atât de critică, încât devenea abuzivă. Şi de această dată, se lupta cu teama că furia lui ar provoca respingerea mamei sau că furia lui ar putea s-o rănească. Tatăl lui era detaşat şi de el, şi de conflictele din familie şi nu-i oferea sprijin. Este de remarcat că, în timpul tratamentelor anterioare, evitase să-şi informeze terapeuții că nu se simțea ajutat, pentru că nu dorea să-i supere.

În analiză, domnul C. a explicat cum iritarea provocată de şefa lui şi de iubită creştea treptat atunci când se simţea criticat şi apoi se schimba brusc în sentimente de tristeţe şi de inadecvare sau în starea de „ceaţă". Părea, deci, că-şi bloca inconştient furia, ca să împiedice exprimarea ei. Credea că, dacă evită să se înfurie, cele două femei s-ar fi purtat frumos cu el. Terapeutul a subliniat că această atitudine părea mai curând o fantasmă şi că nu funcţiona. După ce şi-a analizat furia într-un mod mai direct în şedinţa respectivă, domnul C. a lipsit de la următoarele două şedinţe şi a întârziat foarte mult la a treia, pentru că nu mai era sigur de ora întâlnirii. Terapeutul a interpretat că abordarea sentimentului de furie a declanşat o „ceaţă" în ce priveşte terapia. Comunicându-i o formulare psihodinamică preliminară, terapeutul a sugerat că domnul C. se simţea vinovat din cauza furiei sale, pe care o direcţiona împotriva propriei persoane, considerându-se rău sau incapabil să facă faţă situaţiei. Considera că nevoile sale emoţionale sunt inacceptabile, cedând în acest fel dorinţelor celorlalţi, şi acceptarea criticii lor însemna parţial o pedeapsă pentru furia şi dorinţele lui. Când iritarea şi fricile lui au devenit mai puternice, „ceaţa" a fost declanşată într-un mod defensiv. În dialogul care urmează, terapeutul s-a abţinut iniţial de la orice sugestie comportamentală, pentru că încerca să determine dacă pacientul nu ştia cum să fie asertiv sau doar se temea să o facă şi avea nevoia de a părea incompetent.

Terapeutul: Cred că trebuie să înţelegem de ce te consideri neajutorat şi incapabil să-ţi manifeşti frustrările provocate de alţii.

Domnul C.: Speram ca tu să mă înveți ce să le spun.

T.: Cred că pe măsură ce vom înțelege mai bine aceste sentimente o să-ți faci o idee mai clară.

Dl C.: Habar n-am cum să fac asta. N-am avut niciodată exemple după care să mă ghidez în afirmarea de sine. Nu înțeleg de ce nu mă poți consilia mai precis.

T.: Cred că tu mă percepi ca fiind la fel de neimplicat ca părinții tăi şi în acelaşi timp mai priceput decât sunt.

Dl C.:Asta e ca şi când i-ai spune copilului tău care are nevoie de ajutor la matematică să-şi facă singur tema.

T.: Cred că e foarte bine că-ți poți exprima această enervare direct față de mine.

Acest schimb a arătat o uşurință crescută în exprimarea frustrărilor față de terapeut, folosind transferul ca pe o ocazie sigură pentru testarea exprimării acestor sentimente. Pe măsură ce domnul C. începea să înțeleagă că furia lui nu era atât de distrugătoare precum crezuse, a început să facă mai multe eforturi să-şi exprime iritarea mai direct. Şi-a surprins terapeutul şi pe sine însuşi când i-a comunicat şefei că era liberă să-i critice munca, dar că nu era în ordine să-l insulte. În loc de reacția de care se temea din partea ei, şefa s-a comportat mai puțin critic cu el. Terapeutul a subliniat cum domnul C. a fost capabil să-şi înfrunte şefa,

ceea ce nu se potrivea cu perspectiva lui asupra propriei incompetențe şi neajutorări. Terapeutul i-a sugerat un comportament similar şi în relația cu iubita lui:

T.: Acum, că ai reuşit să impui nişte limite în relația cu şefa ta, mă întreb dacă n-ai vrea să procedezi la fel cu prietena ta.

Dl C.: Şi cum să fac asta?

T.: E interesant că întrebi, pentru că în relația cu şefa ta te-ai descurcat mai bine decât îți imaginezi.

Dl C.: Păi cu prietena mea e mult mai înfricoşător.

T.: Ce anume ți se pare mai înfricoşător în a o înfrunta?

Dl C.: Cred că sunt şanse şi mai mari ca ea să se înfurie sau să plece. Nici nu-mi trece prin cap ce i-aş putea spune.

După încă o serie de şedințe, pacientul se lupta în continuare să găsească modalități prin care să abordeze direct problemele cu prietena lui. Analiza a arătat că, acum, că reuşise să-şi înfrunte şefa, se temea să nu sară calul şi să provoace în acest fel respingerea şi represaliile de care se temea. În plus, relația intimă pe care o avea cu iubita lui era mai puternic legată emoțional de mama lui, ale cărei

fragilitate şi iritabilitate îl înfricoşau. Terapeutul a considerat că sosise momentul pentru a face anumite sugestii punctuale.

Dl C.: Înțeleg ce spui despre motivele pentru care sunt atât de speriat să-mi înfrunt iubita. Însă, când sunt cu ea, încă mă simt blocat. Poate c-ar trebui să discutăm mai mult despre cum s-o abordez.

T.: Şi dacă i-ai spune că nu poţi lăsa totul baltă de câte ori are ea nevoie de tine, pentru că nu e corect față de tine sau față de prietenii tăi?

Dl C.: Asta să-i spun? Sună bine. Dar nu ştiu cum va reacționa.

T.: Cred că putem discuta mai mult pe tema asta şi să încercăm să înțelegem de ce este aşa de amenințătoare pentru tine, cu atât mai mult cu cât pretențiile iubitei tale te supără aşa de tare.

Dl C.: Păi mă gândesc instantaneu că, dacă îi spun asta, se înfurie şi dă bir cu fugiții. E foarte înfricoşător. Însă, acum, că mă gândesc la asta, nu mai sunt la fel de sigur că va reacționa aşa. Şi, chiar dacă ar face-o, cred totuşi că s-ar întoarce.

Sugestiile precise ale terapeutului le-au permis să analizeze pericolele, inclusiv frica de abandon, care ar fi apărut dacă el i-ar fi spus ce i-a propus terapeutul, tehnică descrisă în continuare în Capitolul 8 („Identificarea factorilor care perturbă implementarea comportamentelor alternative"). Ca urmare a analizării acestor sugestii, pacientul a început să abordeze mai direct problemele cu prietena lui.

În acest context, terapeutul a rămas vigilent la dorințele de dependență ale pacientului. În parte, modul în care pacientul se prezentase ca incapabil era o manevră defensivă prin care evita să se impună, lucru pe care-l considera periculos. În același timp, se lupta și cu modul în care să abordeze problemele în cele mai intime dintre relațiile sale. Interpretarea acestor dinamici, împreună cu identificarea intervențiilor comportamentale specifice, l-a ajutat să-și limiteze dependența și să-și amplifice comportamentul asertiv.

Pacienți în conflict cu sugestiile terapeuților

Faptul că pacienții fac opusul a ceea ce le sugerează terapeutul sau că, dimpotrivă, simt nevoia să se supună recomandărilor terapeutului este un rezultat posibil, dar nu necesar al unei intervenții comportamentale. Discutarea modificărilor de comportament poate declanșa conflicte intrapsihice și anumite reacții transferențiale, determinând pacientul să reziste la sugestiile terapeutului în mod

conştient sau inconştient sau, dimpotrivă, să cedeze acestora. Cu toate acestea, în contextul unei relații terapeutice pozitive, de obicei pacientul caută sprijinul terapeutului şi nici nu se opune, nici nu se supune potențialelor strategii. Terapeutul poate evalua modul în care pacientul reacționează la aceste intervenții, monitorizând rezistența. Identificarea unei eventuale acceptări rapide a sugestiei terapeutului sau a unei opoziții subite la aceasta poate fi comunicată pacientului şi folosită ca bază pentru viitoarele investigații. De exemplu, în tratamentul panicii cu simptome agorafobice asociate, terapeutul ar trebui să investigheze lipsa de disponibilitate a pacientului de a se expune situațiilor de care se teme, cu toate că tocmai acesta este scopul tratamentului (Busch şi alții 2012).

Pacientul se poate opune unei sugestii pentru că ar putea-o considera contraproductivă, însă nu se simte confortabil să-i spună terapeutului. Acesta ar trebui să clarifice faptul că este util orice feedback pe marginea oricărei recomandări, căci părerea terapeutului poate fi într-adevăr incorectă sau pacientul nu se simte confortabil să o ia în calcul. În plus, feedbackul dă ocazia de a analiza reacțiile transferențiale ale pacientului la aceste intervenții, inclusiv aspectele antagoniste sau submisive. În acest mod, intervențiile comportamentale pot crea oportunități pentru explorarea transferului.

Exemplu de caz

Domnul D., un analist financiar în vârstă de 36 de ani, se străduia din greu să se afirme la serviciu, simțindu-se hărțuit de o colegă mai tânără, pe care o bănuia că vrea să-i ia locul. Colega îl critica şi îi spunea şefului lucruri urâte despre el. Cu toate acestea, se temea s-o înfrunte direct, căci îşi imagina că furia lui i-ar cauza un distres extrem sau ar provoca o altercație de proporții, care ar putea duce la pierderea postului, aşa cum pățise tatăl lui; tatăl lui amplificase o problemă cu un coleg la birou şi pierduse bătălia. În acelaşi timp, credea că trebuia să fie „dur" şi bărbat, aşa ca tatăl lui, însă în copilărie se simțise slab şi puternic afectat de furia tatălui său. Avea fantasme despre cum îi urla colegei că este incompetentă, însă apoi se simțea prost pentru că se abținea să-i facă vreo observație. Terapeutul i-a sugerat că el vede această situație în alb şi negru: ori intenționa s-o înfrunte într-un mod agresiv, ori nu-i spunea nimic. Între aceste două extreme, însă, existau mai multe variante.

În acel moment, pacientul s-a enervat pe terapeut, acuzându-l că vrea să-l descurajeze de la abordarea unei atitudini ferme. Această reacție a oferit ocazia analizării şi interpretării transferului negativ asupra terapeutului, şi anume că terapeutul ar fi încercat să-l submineze, dintr-un sentiment de competitivitate, sau că era slab şi, că prin urmare, l-ar fi slăbit şi pe el. Această experiență l-a ajutat să-şi clarifice modul în care îşi percepea tatăl, pe de o parte bărbătos, impulsiv şi temperamental, pe de altă parte temător şi nesigur. Exprimarea față de terapeut a furiei sale reprimate a însemnat un progres pentru pacient, ajutându-l să se simtă mai sigur în exprimarea acesteia în general. Apoi a devenit interesat în discutarea de noi idei despre ce să-i

spună colegei, ceea ce a dus la o discuție fructuoasă despre cea mai bună abordare în context.

Reacţia de revoltă la sugestiile terapeutului

Uneori, pacienții se pot revolta imediat împotriva sugestiilor comportamentale venite din partea terapeutului, din cauza conflictelor intrapsihice sau a problemelor care țin de personalitatea lor. În plus, pacienții se pot opune unei sugestii pentru că le provoacă un grad semnificativ de disconfort, vinovăție sau anxietate. La fel ca în cazul altor reacții, terapeutul poate sublinia faptul că intenția nu este să preseze pacientul să aplice un anumit comportament, ci mai curând să analizeze sursa reacției pacientului.

Exemplu de caz

Domnul E., un contabil de 42 de ani, se prezintă la psiholog cu un început de depresie, provocat de presiunea de a-şi mări numărul de clienți ai firmei. Veniturile lui erau insuficiente pentru nevoile personale şi ale familiei sale. Simptomele lui depresive răspundeau destul de bine la un anumit antidepresiv, însă el continua să abordeze în terapie anxietatea şi conflictele generate de eforturile de a-şi extinde firma. Cu toate că era profund îngrijorat de situația lui financiară, se înfuria atunci când alții îi făceau sugestii

despre cum să-şi găsească noi clienţi, iar el se temea să-şi exprime aceste sentimente. Simţea nevoia să-i critice, uneori direct, dar în general înfuriindu-se pentru că sugestia era „idioată” sau „deplasată”. În alte momente, evita să aplice anumite sugestii sau „uita” să le dea curs. La această tendinţă recalcitrantă contribuiau un sentiment de nedreptate şi o furie împotriva ideii de „incluşi” şi „excluşi”, el considerându-se un „exclus” care urma să fie respins pe nedrept de noii clienţi, indiferent de circumstanţe. Credea că alţi contabili, care aveau conexiuni, îşi găseau automat noi clienţi, chiar dacă el era mai priceput.

În plus, credea că nu e în stare să muncească mai mult, pentru că era susceptibil să devină anxios şi depresiv, mai ales atunci când avea un număr mare de clienţi. Considera şi că aşteptările celorlalţi erau nerealiste. Spunea că era nefericit atunci când trebuia să lucreze de dimineaţa până seara şi că ceilalţi ar fi trebuit să observe impactul stresului excesiv asupra lui. Furia lui se îndrepta adesea asupra soţiei sale, despre care considera că-l ameninţă şi că-l hărţuieşte să-şi sporească clientela, fără să aibă pic de empatie pentru anxietatea şi frustrarea pe care le resimţea el în aceste circumstanţe. La fel ca şi cu restul lumii, nu-şi putea exprima în siguranţă furia pe care o simţea faţă de soţie, anticipând că ar fi fost atacat sau respins. În consecinţă, revolta lui se manifesta adesea într-o formă pasiv-agresivă şi defensivă.

Terapeutul explora modul în care domnul E. ar fi putut să-şi extindă numărul de clienţi, analizând fricile, frustrările şi sentimentele de nedreptate care îl blocau. Ca reacţie, domnul E. simţea nevoia să se revolte, având tendinţa să perceapă demersurile terapeutului ca pe o presiunea de a

munci şi ca pe o lipsă de recunoaştere a anxietății şi a frustrărilor sale. Domnul E. l-a chestionat cu privire la acest lucru:

Domnul E.: Deci nu eşti îngrijorat că nu pot gestiona mai mulți clienți?

T.: Ba da, sunt. Însă ştiu că-ți tratăm depresia şi sunt încrezător că vei fi capabil să lucrezi mai mult. O să ne ocupăm şi de îngrijorările pe care le ai în legătură cu asta.

Dl E.: Ei bine, nu sunt sigur că există cineva care să-mi recunoască de fapt fricile. Toți vor doar să fac bani.

T.: Mă număr şi eu printre ei?

Dl E.: Într-o oarecare măsură, da. Pentru că trebuie să plătesc pentru analiză.

T.: Ei bine, cred c-ar trebui să vedem de ce mă percepi ca lipsit de empatie şi de ce ai impresia că propriul meu interes prevalează. Se pare că asta îți provoacă sentimente de revoltă şi o dorință de a opri dezvoltarea afacerii tale. Per ansamblu, eu cred că te simți mai bine când munceşti mai mult, ca să nu mai vorbesc de faptul că banii sunt importanți pentru tine.

Dl E.: Da, asta aşa e. Mă simt ca un ratat când nu fac destui bani.

Aici, terapeutul foloseşte transferul – sentimentul pacientului că interesul egoist al terapeutului este mai important decât empatia pentru pacient – ca să analizeze fricile domnului E. de a fi presat să facă mai mulți bani în loc să fie ajutat. Pacientul a putut astfel compara comportamentul terapeutului cu ceea ce aştepta din partea altora, inclusiv cu aşteptările ridicate din partea tatălui său, în copilărie. Aceasta a facilitat identificarea impulsurilor sale furioase de revoltă față de ceea ce cataloga el drept nepăsare față de bunăstarea lui.

Alte capcane care necesită atenţie atunci când se încurajează schimbarea comportamentală

În orice circumstanțe, faptul ca un terapeut să sprijine un anumit comportament reprezintă o problemă complexă. În general, psihoterapeuții se feresc să facă recomandări pe marginea comportamentului, pentru că, dacă rezultatul e problematic, pacienții se pot înfuria, iar asta subminează terapia. Un exemplu ipotetic l-ar reprezenta situația în care un terapeut şi-ar încuraja pacientul să-şi înfrunte şeful care îl persecută, iar acesta să vină apoi la cabinet şi să-i spună că a fost concediat. Un terapeut care îşi sfătuieşte pacientul să se căsătorească cu o anumită persoană şi-ar putea

regreta ulterior recomandarea, în contextul apariției unor serioase probleme de cuplu sau al unui divorț.

O problemă majoră care poate duce la erori în sugerarea unor anumite comportamente o reprezintă faptul că terapeutul deține informații numai din perspectiva pacientului. Oricât de priceput ar fi terapeutul, tot este dificil de estimat cât de apropiate de realitate sunt observațiile pacientului. De exemplu, un pacient poate pretinde că şeful lui se poartă urât cu el, când de fapt şeful se comportă în maniera tipică unui şef care îşi presează angajații să-şi termine treaba. Chiar şi în situația în care terapeutul o întâlneşte pe potențiala soție a pacientului, punctul lui de vedere este afectat de faptul că a ascultat deja de foarte multe ori perspectiva pacientului. De multe ori, pacienții nu-şi recunosc contribuția sau nu vorbesc despre rolul jucat de ei înşişi în conflictele interpersonale. Nu e neobişnuit să auzim din altă sursă despre comportamentul problemtic al pacientului, de care acesta nu este conştient. Cu toate că anumiți terapeuți recomandă contactul cu alte persoane din viața pacientului, ca sursă de informație, tehnicile de lucru descrise aici nu se vor concentra pe această abordare. Terapeuții psihodinamici îşi pot folosi cunoştințele despre modul în care percepțiile pacienților despre ceilalți pot fi distorsionate pe baza conflictelor intrapsihice şi tendințelor generate de structura caracterului, însă este important să conştientizeze faptul că şi aşa pot ajunge la erori în estimările lor.

Problematica contratransferului

Contratransferul terapeuților le poate întuneca perspectiva asupra situației pacienților şi asupra puterii lor de decizie (Gabbard 2014). Terapeuții se pot strădui să recunoască aceste contratransferuri, însă nu reuşesc mereu să le conțină. De exemplu, un terapeut al cărui tată era o figură de autoritate exigentă şi-ar putea încuraja în mod nepotrivit pacientul să-şi înfrunte şeful, din cauza propriilor nevoi de a se revolta, sau, dimpotrivă, şi-ar putea descuraja pacientul să se afirme, din frica excesivă de confruntare. Totuşi, e necesar să subliniem că terapeuții trebuie să-şi monitorizeze şi să-şi moduleze contratransferul în orice situație şi că riscul de contratransfer care decurge din abordarea schimbărilor de comportament nu este mai ridicat decât în cazul oricărei alte intervenții analitice.

Un alt factor de contratransfer care poate apărea este credința terapeutului că ştie mai bine decât pacientul ce ar fi de făcut în diverse situații de viață. Terapeuții pot dezvolta un sentiment de grandiozitate în legătură cu capacitățile lor, crezând că ei ştiu cel mai bine. Cu toate că terapeuții pot fi în mod real mai capabili să negocieze anumite probleme relaționale, trebuie să fie conştienți că adesea nu pot şti ce e mai bine pentru pacient în anumite situații. Pe lângă aceasta, pe terapeut îl poate frustra incapacitatea sau rezistența pacientului la aplicarea unei anumite recomandări. Terapeuții se pot concentra excesiv pe rezistența pacientului sau se pot chiar enerva, în timp ce pacientul se luptă să aplice anumite schimbări.

Instrumentele folosite în mod curent de către psihanalişti se pot dovedi valoroase în aceste situații. Terapeuții trebuie să fie atenți la indiciile interioare care semnalează apariția unei problematici de contratransfer, cum ar fi că ei ştiu ce e mai

bine pentru pacient, insistând ca acesta să facă ceva anume sau angajându-se cu el într-o luptă de putere. În măsura în care apar astfel de sentimente şi de comportamente, ele pot arăta că pacientul opune rezistenţă la intervenţiile terapeutice într-un mod inconfortabil pentru terapeut. De exemplu, terapeutul se poate simţi ori eliminat, ori devalorizat, în mod direct sau indirect. În anumite circumstanţe, pacientul se străduieşte să aplice aceste recomandări, dar terapeutul percepe pacientul ca rezistent.

Exemplu de caz

Doamna F., o asistentă medicală divorţată, în vârstă de 48 de ani, cu un fiu de 16 ani, s-a străduit timp de mulţi ani să-i impună acestuia limite sănătoase. Problema a fost abordată din diferite perspective psihodinamice, încercându-se găsirea motivului pentru care pacienta avea dificultăţi în menţinerea acestor limite. Doamna F. şi-a descris propriile dificultăţi cu o mamă care era excesiv de critică cu ea, şi în special cu greutatea ei corporală. Mama ei reacţiona foarte puternic atunci când ea îi solicita timp sau atenţie, fie ţipând la ea, fie retrăgându-se emoţional. Mama ei avea episoade depresive periodice, iar pacienta credea că aceasta s-ar retrage şi mai mult din relaţie dacă i-ar cere ajutor sau sprijin. În general, doamna F. a ajuns să creadă că trebuia să renunţe la nevoile ei în favoarea celorlalţi sau să şi le înăbuşe, ca să evite respingerea sau lipsa de implicare.

Doamna F. era sistematic înfrântă de fiul ei, care îi spunea să nu-l înveţe ea ce să facă. Uneori, terapeutul devenea

frustrat de inabilitatea pacientei de a reacționa prin impunerea de limite potrivite. Era conştient de frustrarea lui şi făcea eforturi să nu i-o arate pacientei, deşi se lupta să-şi ascundă sentimentele. Îşi dădea seama că, dacă şi-ar fi manifestat furia față de pacientă, n-ar fi făcut decât să-i exacerbeze frustrarea şi inhibițiile, iar aceasta s-ar fi simțit criticată, la fel ca în relația cu mama ei. Terapeutul simțea că pacienta nu-l ascultă şi că îl ignoră. Lua în calcul posibilitatea ca doamna F. să opună rezistență la eforturile lui din cauza unui conflict intrapsihic sau unei tendințe de revoltă. Deşi toate acestea erau foarte posibile, pacienta părea atentă şi dispusă la schimbare şi era de acord cu perspectiva terapeutului asupra problemelor sale şi asupra conflictelor care le-au generat. Terapeutul a început să recunoască acolo un fenomen disociativ, legat de stresul pe care-l simțea pacienta în relație cu mama sa:

Terapeutul: Mie mi se pare că, atunci când eşti pusă în situația respectivă, apare un fel de deconectare. Ştii ce ar trebui să spui, dar nu poți s-o faci.

Doamna F.: Ştiu că asta e o mare problemă. O înțeleg, dar se pare că nu sunt în stare să mă gândesc la ea în acel moment.

T.: Mă-ntreb dacă acest blocaj de gândire vine din faptul că te simțeai atât de supărată şi de amenințată în relația cu mama ta, încât percepeai situația ca fiind periculoasă.

Dna F.: Pare să aibă sens ce spui tu. Ce trebuie să fac?

T: Ei bine, ar trebui să găsim o metodă pentru ca tu să poți ieşi din situația asta. Poate că există o modalitate prin care să rămâi conectată la mine în acele momente, pentru ca celelalte idei să poată inrta în joc.

Dna F.: OK, pare un mod util de a privi lucrurile.

Conştientizarea acestei tendințe probabil disociative a ajutat la uşurarea frustrării terapeutului în legătură cu dificultățile pacientei. El a înțeles modul în care a fost perturbată capacitatea pacientei de a mentaliza şi faptul că eforturile trebuiau îndreptate către restabilirea acestei capacități.

O abordare colaborativă a schimbării de comportament

Pentru reducerea riscului apariției problemelor generate de eforturile schimbării de comportament, terapeutul trebuie să identifice şi să încurajeze aspectele colaborative ale acestui proces, inclusiv discutarea nesiguranței care decurge din el. După stabilirea comportamentelor presupus problematice, terapeutul caută împreună cu pacientul formulări potrivite pentru înțelegerea comportamentului şi posibile alternative comportamentale. Deşi sugerează un anumit curs al acțiunii, luând în calcul factorii explicați în acest capitol, terapeutul trebuie să recunoască faptul că nu poate cunoaşte cel mai eficient comportament într-o anumită circumstanță. De exemplu, terapeutul poate sfătui un

pacient care în mod repetat le permite altora să se poarte urât cu el să depună mai multe eforturi pentru a opri acest comportament şi să analizeze inhibiţiile care îl împiedică să se afirme. Terapeutul poate avertiza pacientul că există riscul ca asertivitatea lui să-i creeze noi dificultăţi, dar şi că nu e normal să accepte situaţiile interpersonale problematice persistente. Terapeutul îl va ajuta pe pacient să-şi înţeleagă comportamentul în contextul conflictelor sale intrapsihice, al influenţelor apărute în dezvoltarea sa şi al dificultăţilor sale caracteriologice, identificând problemele care împiedică modificarea comportamentului. Terapeuţii îşi pot încuraja pacienţii să-şi exprime îndoielile şi sentimentele în legătură cu comportamentele sugerate de ei. Reacţia de revoltă a pacientului faţă de colaborarea din relaţia terapeutică poate fi examinată în contextul sentimentelor la adresa terapeutului. În vigneta următoare, terapeutul explorează reacţia de îngrijorare şi de furie a pacientului cu privire la dezvoltarea unei abordări colaborative pentru căutarea unui loc de muncă.

Exemplu de caz

Domnul G., un scriitor liber-profesionist în vârstă de 46 de ani, era furios că nu găsea contracte bine plătite şi că talentele lui de scriitor nu erau recunoscute îndeajuns. Ceilalţi îl presau să găsească orice fel de muncă suplimentară, inclusiv ca secretar administrativ, ceva ce el considera înjositor. Era foarte circumspect ca nu cumva terapeutul să-l încurajeze să-şi caute un astfel de post. În terapiile anterioare, semnalase că nu-i place să fie presat să accepte astfel de posturi. A anticipat că şi acest terapeut, ca

mulți alții, nu şi-ar da seama că lui îi era imposibil să tolereze munca în astfel de condiții. Folosea „nu pot”, în loc de „nu vreau”. Era furios în mod special pe soția lui, pentru că-l presa să accepte orice fel de post, deşi el îi înțelegea îngrijorările legate de stabilitatea financiară pe termen lung a familiei. Terapeutul a observat furia crescândă a pacientului, pe măsură ce încerca să abordeze frământările lui legate de găsirea unui loc de muncă.

Domnul G.: Soția mea chiar mă presează pe tema locului de muncă.

T.: Îmi imaginez că trebuie să-ți fie greu să vorbeşti pe tema asta, pentru că te frustrează foarte tare.

Dl G.: Asta se întâmplă pentru că eu cred că nici tu nu înțelegi. Nu cred că îți dai seama că eu chiar nu pot lucra în astfel de condiții, iar asta mă face să-mi pierd şi mai mult interesul.

T.: Da, înțeleg. Când încercăm să analizăm de ce ți se pare intolerabil să munceşti în aceste condiții, tu percepi asta ca şi când şi eu aş vrea ca tu să obții unul dintre acele posturi.

Dl G.: Ei bine, până acum nu am privit lucrurile aşa. Când mă gândesc la asta, mă simt subminat şi mă simt groaznic.

T.: Cred că e nevoie să înțelegem mai multe despre acest lucru. Ştiu că ai impresia că părinții tăi te-au convins că destinul tău e să ajungi departe.

Dl G.: Da, aşa este. Nu ştiu din ce motiv, au crezut mereu că o să ajung un mare scriitor. Încă din copilărie. Probabil că am părut talentat încă de mic şi chiar din clasa a cincea m-au dat la cursuri suplimentare de scris. Am câştigat câteva premii în liceu, dar de atunci nu am lucrat cu adevărat la nimic altceva.

T.: Se pare că părinții tăi nu te-au ajutat să-ți recunoşti limitele în ceea ce priveşte talentele tale.

Dl G.: Presupun că nu, însă mă deranjează că mare parte din munca mea este respinsă. Şi, dacă ar trebui să-mi iau o slujbă normală, m-aş simți umilit. Dar poate că reacționez exagerat.

Pacientul considera că orice efort de explorare a sentimentelor şi conflictelor lui pe tema găsirii unui post însemna o încercare de a-l presa să accepte un post pe care el îl considera umilitor şi intolerabil. O interpretare a transferului l-a ajutat pe pacient să-şi dea seama că anticipase în mod greşit aceleaşi presiuni şi din partea terapeutului, permițând o trecere către o alianță terapeutică mai bună şi către o atitudine mai înclinată către colaborare. Atunci, terapeutul a putut identifica factorii care interveniseră în dezvoltarea lui şi care contribuiau la frustrările generate de alții şi de găsirea unui post.

Referinţe

Busch F.N., Milrod B.L.: Psychodynamic treatment for separation anxiety in a treatment nonresponder. Journal of American Psychoanalitical Association 63(5):893-919, 2015

Busch F.N., Milrod B.L., Singer M., et al.: Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy-eXtended Range. New York, Routledge, 2012

Gabbard G.O.: Psychodynamic Assessment of the Patient in Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 5th Edition. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2014, pp. 79-97

Thoma N., Pilecki B., McKay D.: Contemporary cognitive behaviour therapy: a review of theory, history, and evidence. Psychodynamic Psychiatry 43(3):423-461, 2015

Utilizarea tehnicilor psihodinamice în abordarea schimbării comportamentale

Acest capitol descrie tehnici psihanalitice tradiționale, alături de adaptări ale lor, care susțin modificarea comportamentului. Aceste tehnici includ asocierea liberă, clarificarea şi confruntarea; interpretarea conflictelor intrapsihice, a apărărilor şi a transferului; dezvoltarea abilităților de mentalizare; perlaborarea; folosirea contratransferului (Tabelul 4-1). Exemplele de caz vor demonstra în ce mod sunt integrate ele cu focalizarea pe schimbarea comportamentală. Capitolul 5 („Stabilirea unui cadru pentru abordarea schimbării comportamentale") oferă cadrul pentru vizarea acestor modificări în sine.

Asocierea liberă

În tehnica asocierii libere, terapeutul încurajează pacientul să spună orice îi vine în minte. Tehnica vizează sprijinirea pacientului în a nu-şi ascunde gândurile, sentimentele şi fantasmele, facilitând în acest mod accesul la stări mentale conflictuale şi care declanşează disconfort emoțional. În mod inerent, pacienții vor încerca să le ascundă în ciuda acestui efort de a nu o face, iar terapeutul ar trebui să fie atent la ezitările pacientului sau la evitarea anumitor conținuturi mentale.

TABELUL 4-1. Tehnici psihanalitice
Asocierea liberă: încurajarea pacientului să spună orice îi vine în minte Clarificarea şi confruntarea: identificarea tiparelor de gândire, de comportament sau emoționale ale pacientului Interpretarea: conectarea comportamentelor, a emoțiilor sau a gândurilor observate cu factorii dinamici care contribuie la ele Conflictul: identificarea dorințelor inconştiente sau a fantasmelor, a emoțiilor care sunt declanşate şi a interdicțiilor internalizate Apărarea: identifică moduri în care pacienții se apără în mod tipic de afecte dureroase sau de fantasme conflictuale; exemple: Agresivitatea pasivă Formațiunea reacțională Identificarea cu agresorul Geneza: conectează experiențele, percepțiile sau fantasmele trecute cu comportamentul sau gândurile curente Transferul: sunt identificate sentimente şi fantasme din relațiile anterioare semnificative, pe măsură ce acestea apar în relația cu terapeutul Dezvoltarea abilităților de mentalizare Perlaborarea Utilizarea contratransferului

În psihoterapia psihodinamică ce abordează comportamentul, terapeutul intervine în procesul de asociere liberă al pacientului, pentru a face clarificări şi interpretări care vizează modificarea comportamentului şi pentru a analiza anumite alternative. Această tehnică este foarte utilă în accesarea conținutului mental care contribuie la inhibiții sau la comportamentele problematice. Această abordare este folosită, de exemplu, la sprijinirea pacienților în identificarea sentimentelor şi fantasmelor prezente atunci când se poartă într-un anumit fel. De exemplu, pacienta este întrebată ce anume îi vine în minte atunci când se gândeşte să-i vorbească soțului ei despre asumarea mai

multor treburi casnice, aşa cum este descris în Capitolul 7 („Identificarea comportamentelor alternative”).

Clarificarea şi confruntarea

Clarificarea şi confruntarea sunt tehnici prin care terapeutul evidenţiază un tipar de a gândi, simţi sau de a se comporta al pacientului. Clarificările nu vizează motivaţiile inconştiente ale pacientului sau contribuţiile perioadei de dezvoltare la aceste tipare. Mai curând, ele sunt utilizate la redirecţionarea atenţiei către tiparele de gândire sau de comportament problematice sau la investigarea unui mod caracteristic de percepţie ori a unui comportament care amplifică dificultăţile pacientului. Confruntarea identifică un tipar de seturi contradictorii de credinţe, atitudini sau comportamente de care pacientul pare să nu fie conştient. Clarificarea şi confruntarea ajută la dezvoltarea capacităţii de autoobservare a pacientului, prin implicarea eului observator în dezvoltarea obiectivităţii despre sine.

În termenii modificării comportamentale, aspectul principal al clarificării şi confruntării este identificarea unui tipar de comportament problematic, împreună cu anumite afecte, fantasme sau conflicte care preced sau provoacă aceste comportamente. Iată câteva exemple: „am observat că, atunci când te superi pe soţia ta, te retragi şi o eviţi, în loc să abordezi problema respectivă” sau „am observat că, atunci când te simţi ameninţat la serviciu, îţi ataci un subaltern, în loc să recunoşti faţă de tine însuţi problemele

pe care le ai”. Confruntarea este ilustrată în exemplul următor:

Terapeutul: Am observat că deşi afirmi că te supără tendința soției tale de a depinde de tine, tu continui să te ocupi de ea, de pildă organizându-i medicamentele şi sortându-le în vederea administrării.

Domnul H.: O, da. E adevărat. Cred că trebuie să fac asta. Altfel ar da-o în bară.

T.: Ai încercat s-o înveți cum să procedeze cu pastilele sau să vezi dacă se descurcă şi singură?

Dl H.: Nu, n-am încercat.

T.: Asta mă face să mă întreb uneori dacă ție chiar îți place să ai grijă de ea sau dacă ea chiar are nevoie de tine, chiar dacă uneori spui că te supără.

Dl H.: Va trebui să mă gândesc la asta. Până acum nu mi-am dat seama.

Interpretarea

Interpretările conectează comportamentele, emoțiile şi gândurile observate cu factorii dinamici care contribuie la ele. Terapeutul dezvoltă şi împărtăşeşte o ipoteză despre conflictele intrapsihice şi apărările inconştiente care declanşează simptome sau comportamente problematice şi care pot fi legate de factorii transferențiali şi de dezvoltare. O interpretare eficace poate readuce amintiri, sentimente şi fantasme relevante pentru situația curentă a pacientului şi pentru modificările simptomelor, comportamentului şi preocupărilor lui. Interpretările sunt dezvoltate şi modificate pe parcursul terapiei, aducând o gamă tot mai largă de factori dinamici şi de intervenții relevante pentru anumite simptome şi comportamente. Acestea sunt prelucrate în diferite contexte în procesul de perlaborare, o fază a terapiei în care dinamicile sunt explorate mai în profunzime şi o gamă mai largă de modificări comportamentale este luată în considerare (vezi mai jos).

Există diferite subtipuri de interpretări, inclusiv cele axate pe conflicte, apărări, factori de dezvoltare şi transfer. Interpretarea unui conflict descrie atât o dorință sau o fantasmă inconştientă, cât şi interdicțiile internalizate şi reacțiile emoționale pe care le provoacă fantasma respectivă, cum ar fi vinovăția sau frica. Un exemplu des întâlnit ar fi identificarea dorinței de a răni sau critica o altă persoană, însoțită de anxietatea şi vinovăția generate de această rănire şi de frica de consecințe. Terapeuții pot interpreta şi două dorințe care sunt trăite ca fiind contradictorii, cum ar fi iubirea şi rănirea altei persoane. Interpretarea apărărilor ia în calcul modurile în care pacienții se apără în mod tipic de afectele dureroase, de percepțiile negative despre sine sau despre ceilalți sau de fantasmele inconştiente amenințătoare. Această interpretare poate include

identificarea comportamentelor sau mecanismelor specifice de apărare. Un exemplu de interpretare a apărării ar fi să i se sugereze pacientului că se teme să fie furios şi se apără împotriva acestor sentimente printr-un tip de submisivitate cu rol compensator sau prin grija față de alții, aşa cum se întâmplă în cazul formațiunii reacționale. Interpretările axate pe factorii de dezvoltare, care au fost denumiți „genetici", conectează experiențele, percepțiile sau fantasmele trecute cu gândurile sau comportamentul actual. Interpretările transferului identifică modul în care experiența terapeutului reprezintă percepțiile, emoțiile şi conflictele din relațiile anterioare semnificative.

Vigneta următoare oferă exemple de clarificare şi interpretare a cazului doamnei I., discutat mai pe larg în Capitolul 5, cu accent pe modificarea comportamentului.

Exemplu de caz

Doamna I., avocată, se lupta cu abordarea problemelor pe care le avea cu soțul ei, Tom. Un factor important din istoria ei de viață îl reprezentau certurile frecvente dintre părinții şi sora ei mai mare.

Doamna I.: Nu-l pot determina pe Tom să-şi schimbe comportamentul, iar asta mă demoralizează foarte tare.

Terapeutul: Care este problema care îți dă de furcă acum?

Dna I.: Soțul meu evită să se întâlnească cu alți oameni, așa că nu putem participa la activități sociale. Eu îmi doresc foarte mult ca el să se implice, dar găsește mereu câte o scuză. În majoritatea timpului se concentrează pe acuzele sale fizice, găsind astfel o scuză. Dar eu cred că, în primul rând, nu se simte în largul lui în preajma altora.

T.: Și cum gestionezi situația asta?

Dna I: Încerc să-l presez să participe, dar atunci îmi spune că nu se simte în stare să socializeze cât timp mai este încă în convalescență după boala Lyme sau că e ocupat să-și schimbe serviciul și că-i este greu să-și facă planuri.

T.: Cum te simți când spune asta?

Dna I.: Devin nerăbdătoare. Nu vreau sa-l rănesc. Dacă insist, aș putea să-i amplific anxietatea socială sau teama pentru sănătatea lui. Când îi atrag atenția asupra anxietății lui, îmi spune că nu suferă de așa ceva și că are prieteni, doar că ei nu locuiesc în apropiere. Atunci mă simt demoralizată și înspăimântată.

T.: Știu că te temi să nu-l rănești, însă, în același timp, ești de părere c-ar trebui să meargă la un control medical, să afle care este starea sănătății sale. Ce te face să te temi să-l încurajezi mai mult?

Dna I.: Îmi amintesc de sora mea, care se certa cu tata. Revăd expresia rănită și demoralizată de pe fața tatălui meu

când sora mea îl înjura. Şi îmi imaginez că Tom se va simți la fel şi se va dezlănțui la fel ca tata când urla la sora mea, ca să riposteze la atacurile ei.

T.: Deci te simți ca şi când ai fi în situația respectivă, chiar dacă împrejurările actuale sunt diferite. Ca urmare, orice exprimare a frustrării pare periculoasă, potențial explozivă şi distrugătoare.

Dna I.: Adevărul e că nici nu mi-am dat seama în acel moment că sunt frustrată, dar e logic să fiu.

Această vignetă include clarificarea unui tipar, dar şi interpretarea unui conflict care a făcut-o pe pacientă să nu îndrăznească să fie asertivă cu soțul ei. Doamna I. credea că orice comentariu despre problemele dintr-o relație poate degenera şi îl poate răni pe celălalt. În interior, îşi dorea să-şi exprime furia față de soțul ei țipând la el, la fel cum şi-ar fi dorit să poată țipa la membrii familiei sale, care se certau. Cu toate acestea, se simțea vinovată şi înfricoşată de răul pe care-l putea provoca furia ei sau de ceea ce putea trezi în celălalt. La scurt timp după identificarea acestui tipar, faptul că se simțea mai în siguranță cu furia ei i-a permis să chestioneze mai direct atitudinea soțului, deşi încă mai avea rezerve.

Dna I.: Aş fi vrut să ieşim weekendul ăsta, dar el m-a întrebat dacă n-am putea aştepta până în următorul, când

credea că s-ar fi simțit mai bine. De data asta, am observat că m-am enervat, în loc să mă îngrijorez.

T.: Cum ai gestionat situația?

Dna I.: Timp de o secundă, m-am îngrijorat foarte tare. Însă apoi m-am calmat şi i-am spus că pentru mine era foarte important să ieşim şi că mi-aş dori să facă un compromis. Iar el a fost de acord.

T.: Înseamnă că e un pas important în astfel de situații să-ți dai seama că eşti furioasă.

Dna I.: Da, dar încă mă îngrijorează, pentru că pare foarte intens, iar eu încă simt că mă lupt să-mi controlez starea.

T.: Acum, că ai acces la furia ta, ai ocazia s-o înțelegi şi s-o gestionezi mai bine. Ai mai aflat şi că. în loc să-l rănească, pe el pare să-l ajute să se simtă mai puțin stresat, iar vouă amândurora vă îmbunătățeşte relația.

Abordarea ap**ără**rilor

Mecanismele de apărare reprezintă moduri caracteristice de gestionare a conflictelor sau a sentimentelor şi fantasmelor înspăimântătoare, care acționează de regulă la nivel inconştient (vezi Busch et al. 2016). Evitarea defensivă a

gândurilor sau emoțiilor intolerabile sau înspăimântătoare, cum ar fi gândurile şi sentimentele de furie, interferează cu accesul la informația emoțională care este necesară pentru abordarea potrivită a comportamentelor problematice. Identificarea şi interpretarea folosirii acestor apărări ajută la accesarea sentimentelor şi fantasmelor reprimate. Cu toate că o multitudine de apărări pot contribui la apariția comportamentelor problematice, agresivitatea pasivă, formațiunea reacțională şi identificarea cu agresorul sunt cele mai importante.

Agresivitatea pasivă

Agresivitatea pasivă e un mecanism de apărare în care furia e negată sau minimalizată şi exprimată indirect prin comportamente pasive, cum ar fi a întârzia sau „a uita" o întâlnire sau o programare. Acest mecanism redirecționează o amenințare inconştientă, asociată cu o exprimare mai deschisă a agresivității.Totuşi, acest tip de comportament este problematic prin aceea că, în loc să exprime nemulțumirile într-un mod productiv, pacienții le provoacă frustrări, neintenționat, şi celorlalți. Cum de obicei nu sunt conştienți de comportamentul lor, pacienților le este adesea dificil să înțeleagă furia celorlalți față de ei, ca reacție la agresivitatea lor pasivă. Un obiectiv important al psihoterapiei psihodinamice care vizează comportamentul este de a ajuta pacienții să recunoască această apărare şi să identifice diferitele fantasme şi conflicte care interferează cu o exprimare mai directă şi mai eficace a sentimentelor de furie. Această explorare urmăreşte să determine ce anume declanşează frustrarea pacienților, ca să poată apoi aborda mai eficient sursa distresului lor.

Exemplu de caz

Domnul J., un contabil în vârstă de 56 de ani, căsătorit, cu distimie, este foarte frustrat în relația cu soția lui. Simțea că ea nu-i răspunsese din punct de vedere sexual încă de la începutul căsniciei lor şi că, în ciuda interesului sexual reînnoit, soția lui era lipsită de pasiune la adresa lui. Domnul J. povestea că nu întreține relații sexuale cu soția lui şi nu obține nici performanțele profesionale dorite de ea, pare-se ca o modalitate persistentă de a o pedepsi. Pacientului îi era dificil să recunoască faptul că se comporta în acest fel ca să se răzbune.

Domnul J.: Când ne-am căsătorit, eu doream să facem sex, iar ea nu era receptivă. Aşa că eu de ce aş fi receptiv la nevoile ei acum?

Terapeutul: Asta sună ca şi cum ai vrea să te răzbuni.

Dl J.: Păi cred că asta şi vreau, într-un fel. De obicei, nu consider că lucrurile stau aşa. Mă consider un tip de treabă.

T.: Ea îți cunoaşte frustrările?

Dl J.: Nu tocmai. Adică e frustrată că nu răspund la dorințele ei sexuale, însă eu nu i-am spus de ce. Asta apropo de răzbunare.

T.: Şi de ce nu i-ai spus?

Dl J.: Pentru că nu vreau să-i rănesc sentimentele. Cred c-ar face-o să se simtă prost.

T.: Dar se pare că oricum se ajunge la acest rezultat, prin neimplicarea ta sexuală.

Dl J.: Da, aşa am impresia.

Cu ajutorul acestor clarificări, domnul J. a fost în cele din urmă în stare să conştientizeze că avea un comportament răzbunător față de soția lui, chiar dacă îi dădea curs într-o manieră pasivă, de neimplicare. O problemă majoră a comportamentului domnului J. era că propriile sale sentimente de inadecvare erau amplificate de modul în care îşi gestiona relația cu soția sa. De fapt, el îşi bloca succesul profesional, lucru care-l făcea să se simtă prost şi care o îndepărta şi mai mult pe soția lui, determinând-o să fie şi mai puțin încurajatoare. Identificarea propriilor apărări pasiv-agresive l-a ajutat pe domnul J. să-şi abordeze frustrările în mod mai deschis cu soția lui.

Formaţiunea reacţională

În timpul activării acestui mecanism de apărare, pacienții îşi neagă sentimentele conflictuale sau înfricoşătoare, transformându-le inconştient în opusul lor. Cea mai frecventă exprimare problematică a acestei apărări este transformarea furiei într-un sentiment pozitiv sau într-o atitudine de disponibilitate, însă şi emoțiile intolerabile care exprimă iubirea pot fi transformate în furie trăită conştient. La fel ca în cazul agresivității pasive, formațiunea reacțională duce la un comportament problematic, pentru că pacienții nu au acces la sentimentele lor negative, necesare în exprimarea frustrării legate de problemele care le provoacă distres. Terapeutul poate identifica utilizarea formațiunii reacționale, atunci când pacienții îşi exprimă sentimentele pozitive față de cineva cu care sunt în conflict sau au probleme. Terapeutul le poate arăta pacienților că au dificultăți în accesarea furiei din fundal şi a factorilor declanşatori ai acesteia.

Exemplu de caz

Domnişoara K., o consultantă în relații publice în vârstă de 24 de ani, a început o relație cu Bob, care avea mare nevoie de sprijinul ei, fiind depresiv din cauza pierderii locului de muncă şi dificultăților financiare. Pacienta se arăta foarte îngrijorată de relația ei, pentru că avea obiceiul să intre în relații cu bărbați dependenți de ea şi de care apoi ea se simțea dezamăgită şi care o frustrau. Când terapeutul a analizat ce a atras-o pe pacientă la Bob, în ciuda problemelor acestuia, domnişoara K. s-a concentrat pe trăsăturile lui pozitive, printre care inteligența, căldura şi amabilitatea lui.

Însă, de-a lungul timpului, dependența prietenului ei s-a intensificat. Se mutase împreună cu pacienta din cauza dificultăților lui financiare şi îşi petrecea mare parte din timp „zăcând” prin apartament, neimplicându-se aproape deloc în treburile casei. Dra K. începuse să devină tot mai deprimată. Problemele lui Bob o epuizau, chiar dacă încă mai considera că trebuie să-l ajute. De asemenea, devenise şi foarte critică în legătură cu tendința ei de a intra în relații cu bărbați dependenți emoțional. Cu toate acestea, manifesta foarte puțină furie directă față de el.

Terapeutul: Se pare c-ar trebui să fii mult mai frustrată de situația cu Bob! Se pare că nu face prea multe în schimbul cazării gratis.

Domnişoara K.: Chiar are nevoie de ajutor. La mine e de fapt problema, pentru că-mi fac de lucru cu astfel de bărbați. Trebuie să înțeleg mai bine de ce.

T.: Sunt absolut de acord cu tine, dar ce părere ai despre modul în care îşi gestionează el viața, în acest moment?

Dra K.: Ei bine, presupun că ar putea face mai multe ca să m-ajute şi pe mine şi să se ajute şi pe el. Nu-şi caută de lucru, însă ar putea cel puțin să spele vasele. Adică, eu îl întrețin.

T.: Ai vorbit cu el despre asta?

Dra K.: Câte ceva. Însă nu vreau să-l supăr şi mai tare, pentru că şi aşa se simte vinovat.

Analiza ulterioară a atracției pacientei către bărbați dependenți emoțional s-a dovedit valoroasă, permițând o interpretare genetică, interpretare care i-a facilitat insight-ul. Tatăl drei K. era distant şi critic, un antreprenor de succes care manifesta puțină emoție. Pe de altă parte, pe mama ei o descria mai conectată emoțional cu ea, deşi recunoştea că şi ea era destul de deprimată şi de absentă emoțional. Dra K. îşi imagina că, atunci când alții aveau nevoie de ea, acest lucru presupunea automat şi un ataşament mai strâns, mai apropiat. Se temea să se înfurie, pentru că se îngrijora că bărbatul respectiv ar putea fi „sensibil", aşa ca mama ei, şi să se simtă rănit, punând în acest fel capăt legăturii lor. Cu toate acestea, se demoraliza când îşi dădea seama că nu primea ceea ce aştepta de la relațiile sale, inclusiv din punct de vedere sexual.

Pe măsură ce continua lucrul în terapie pe marginea acestui subiect, dra K. devenea tot mai conştientă de frustrările ei. A decis apoi că trebuia să ia atitudine, aşa că şi-a presat prietenul să-şi ia o slujbă şi să-şi găsească un apartament. Spre surpriza ei, el a reacționat pozitiv la sugestiile ei. Pe măsură ce devenea tot mai independent, satisfacția din relația lor a crescut.

Această interpretare demonstrează cum accesul la trăirile de furie ascunse, împotriva cărora persoana se apără, poate sprijini modificarea comportamentală.

Identificarea cu agresorul

În apărarea de tipul identificării cu agresorul, pacienții îşi conectează imaginea de sine cu cineva pe care l-au simțit a fi sau doar au fantasmat că este puternic şi dominant, în special o persoană față de care au fost vulnerabili în trecut. Pacienții pot folosi inconştient acest mecanism de apărare ca să-şi combată sentimentele de inadecvare şi ca să dobândească senzația că ar avea putere şi control. Totuşi, această postură generează adesea sentimente de vinovăție, în special în legătură cu dorința de a-i domina sau răni pe ceilalți în moduri în care s-au simțit ei înşişi amenințați sau agresați în trecut. Acest mecanism de apărare interferează adesea cu comportamentele de tip asertiv, prin aceea că pacienții îşi pot confunda asertivitatea obişnuită cu dorințe şi acțiuni pe care le percep ca distrugătoare.

Exemplu de caz

Domnul L., un avocat în vârstă de 52 de ani, cu depresie cronică, avea dificultăți semnificative în a-şi convinge angajații să-şi facă bine treaba, pentru că dorea să fie perceput mai curând ca prieten decât ca şef. Accepta scuze neconvingătoare când aceştia aveau nevoie să plece de la birou mai repede sau când aveau nevoie de zile libere şi era foarte îngăduitor cu treaba făcută de mântuială. Totuşi, era furios şi preocupat de faptul că angajații lui nu-şi făceau treaba în mod adecvat şi parțial dădea o parte din vină pe ei

pentru faptul că biroul lui avea un succes limitat. Ocazional, îi mai făcea reproşuri câte unuia cu glas stins şi rămânea frustrat că nu-i putea determina pe toți să-i aplice cerințele.

Terapeutul: De ce crezi că ai dificultăți în a fi mai exigent cu angajații tăi?

Dl L.: Sunt speriat că şi-ar da demisia şi apoi aş fi obligat să formez un nou personal. În plus, aş dori să fiu văzut ca un tip de treabă. Nu vreau să-i jignesc.

T.: Ce vrei să spui cu asta?

Dl L.: Am impresia că, dacă îi critic, devin abuziv şi rău şi îi fac să se simtă prost.

T.: Cred că e important pentru noi să înțelegem mai multe despre asta, mai ales pentru că tu nu pari să te porți aşa cum spui.

Şi în cazul domnului L., istoria lui de viață s-a dovedit relevantă pentru această problemă. Îşi descria părinții ca fiind extrem de nedrepți şi de rigizi în privința regulilor. Era adesea pedepsit pentru abateri minore (de exemplu, dacă ajungea acasă cu câteva minute după ora stabilită) sau pentru că nu avea note mai bune, cu toate că şcoala i se părea dificilă. Era furios pe părinții lui, dar, dacă şi-ar fi exprimat furia direct, mama lui „şi-ar fi retras iubirea" şi nu i-ar mai fi vorbit cu zilele. Aceasta i-a provocat o adevărată

agonie, fiind sfâşiat între dorința de a fi un „băiat bun” şi furia față de tratamentul nedrept de care avea parte de la părinți. Terapeutul a discutat cu domnul L. modul în care a fi un şef asertiv se suprapunea în mintea lui cu critica din partea părinților şi constituia un exemplu de identificare cu agresorul.

Terapeutul: E interesant că, atunci când povesteşti cum te îngrijorezi că ți-ai critica angajații din postura de şef, comportamentul tău pare identic cu cel al părinților tăi față de tine.

Domnul L.: Cred că ai dreptate. Vreau să spun că nu vreau să fiu nedrept şi să rănesc oamenii, aşa cum am fost rănit eu. Am simțit pe pielea mea ce înseamnă asta.

T.: Pare că te simți cu adevărat vinovat atunci când eşti nevoit să-ți critici angajații, cu toate că, de fapt, tu ai tendința să fii excesiv de politicos cu ei.

Dl L.: Aşa este. Mereu mi-a fost teamă că, dacă îmi permiteam să fiu mai dur, aş fi călcat în picioare pe toată lumea.

T.: Cred că trebuie să analizăm mai în detaliu acest sentiment, mai ales pentru că are un efect atât de inhibitor asupra ta, iar comportamentul tău este în mod evident în conflict cu aceste temeri.

Aici, din nou, în afară de înțelegerea propriei persoane, un obiectiv important este sprijinirea pacientului în modificarea comportamentului, permițându-i stabilirea de limite mai potrivite angajaților săi. În acest scop, terapeutul a fost nevoit să detoxifice pericolele pe care domnul L. le asocia cu manifestarea autorității.

Lucrul cu transferul

Prin transfer (Freud 1905/2001), pacientul trăieşte, în relația cu terapeutul, emoții şi percepții din relațiile sale anterioare semnificative, ceea ce-i permite explorarea şi identificarea fantasmelor şi conflictelor. Interpretarea transferului le permite pacienților să înțeleagă modalitățile caracteristice prin care ei îi percep greşit pe ceilalți, iar aceste observații se generalizează adesea la alte relații importante (Cooper 1987; Westen şi Gabbard 2002). Aceste interpretări îi ajută pe pacienți să dezvolte o conştientizare crescută a motivațiilor şi acțiunilor lor, aducându-le mai multă informație pentru a-şi putea transforma comportamentul. Trăirile şi conflictele privitoare la terapeut pot ajuta şi la identificarea factorilor declanşatori specifici ai comportamentelor problematice, cum ar fi situațiile în care pacienții se retrag emoțional atunci când apar trăirile şi fantasmele pline de furie la adresa terapeutului. Atitudinea nonjudicativă a terapeutului față de trăirile pacientului are o importanță crucială în oferirea unui sentiment de siguranță pentru ca fantasmele inconştiente să poată apărea, pacienții anticipând, de obicei, o reacție negativă sau intruzivă.

Unii pacienți își exprimă cu ușurință trăirile și fantasmele față de terapeut, permițând interpretări timpurii ale transferului, în timp ce alții sunt mai reticenți. Terapeutul ar trebui să rămână vigilent la indiciile despre reacțiile pacienților față de el și să le atragă atenția asupra acestora la momentul potrivit. Incapacitatea de a identifica transferul le poate intensifica pacienților teama că terapeutul nu le poate tolera anumite trăiri, la fel cum au pățit adesea cu îngrijitorii lor în copilărie. Pe de altă parte, concentrarea prea timpurie și agresivă a terapeutului asupra transferului poate fi trăită ca intruzivă, putând provoca negare și furie. Dacă pacientul devine furios sau neliniștit atunci când sentimentele sale față de terapeut sunt identificate, această reacție trebuie și ea analizată. Această intervenție poate duce la insight-uri valoroase despre conflictele și disconfortul provocate pacienților de analiza transferului și poate fi legată de probleme din alte relații. O altă ocazie pentru interpretarea transferului se ivește atunci când într-o alianță terapeutică pozitivă apar perturbări (Safran și Muran 2000), permițând analiza motivelor care au dus la apariția tensiunilor. Ori de câte ori travaliul terapeutic trenează, terapeutul ar trebui să ia în calcul ca potențial motiv trăirile și fantasmele pacientului despre el. În cele două cazuri centrale din Capitolul 5 vor fi oferite exemple de reacții transferențiale.

Ocazional, pacienții prezintă anumite comportamente problematice în analiză, care se numesc puneri în scenă. De exemplu, punerile în scenă pasiv-agresive pot include întârzierea la ședințe sau plata ședințelor cu întârziere. Pacienții pot rata sau „uita” o ședință după discutarea unui subiect dificil sau evită să abordeze un subiect care îi frustrează, așa cum s-a întâmplat cu domnul C. în Capitolul

3 („Identificarea şi gestionarea riscurilor în abordarea schimbării comportamentale”). Aceste puneri în scenă oferă oportunitatea de a examina problemele de comportament în contextul relației de transfer, cu acces mai direct la indiciile, trăirile şi conflictele declanşatoare, într-un cadru nonjudicativ. Terapeutul trebuie să fie conştient, totuşi, că pacienții pot trăi examinarea acestor comportamente ca amenințătoare, pentru că sunt circumspecți față de trăirile şi fantasmele care pot apărea în legătură cu terapeutul.

Dezvoltarea capacit**ăţ**ilor de mentalizare

Terapeuții îşi ajută pacienții să dezvolte abilități de mentalizare, încurajându-i să analizeze ce se întâmplă în propriile lor minți, la fel ca şi în mințile celorlalți. Uneori, terapeutul poate sugera motivațiile care stau la baza comportamentului altcuiva, pentru a exemplifica abilitățile de mentalizare.

Exemplu de caz

Un bărbat în vârstă de 42 de ani, care lucra în relații publice, domnul M., şi-a exprimat frustrarea generată de comportamentul soțului său:

Domnul M.: Nu înțeleg de ce trebuie să iasă în fiecare seară. Nici măcar nu sunt sigur că mă mai iubeşte.

Terapeutul: De ce crezi că face asta?

Dl M.: Habar n-am. Mie îmi place să stau acasă, să citesc. Cred că ne plac lucruri diferite. Însă nu pricep de ce iese în oraş tot mai des.

T.: Am impresia că săptămâna trecută mi-ai spus că e furios pentru că bei. Crezi că ăsta ar putea fi un motiv?

Dl M.: Presupun că da. Până acum, nu am făcut legătura.

T.: Păi chiar tu ai spus că se plângea că se simte singur, când tu citeai şi beai. Poate că se simte respins.

Dl M.: E posibil. Am încercat să beau mai puțin, dar mi-e greu. În parte, pentru că sunt foarte supărat şi pentru că mă simt singur.

T.: Se pare că eşti prins într-un cerc vicios cu el. Poate că ar trebui să încercați să faceți împreună ceva ce vă place amândurora. La modul ideal, ceva ce nu implică băutură.

Dl M.: Da. Ei bine, s-ar putea să fie greu de găsit o activitate care să ne placă amândurora, dar o să-i vorbesc despre asta.

Lucrul cu mentalizarea l-a ajutat pe pacient să-şi înțeleagă senzația că este respins şi să identifice modificările comportamentale care l-ar putea ajuta în relație. În timp, majoritatea pacienților învață să folosească aceste capacități de mentalizare.

Perlaborarea

Perlaborarea presupune procesul identificării diverşilor factori dinamici care contribuie la simptomele şi problemele comportamentale şi a modului în care aceştia apar în diferite contexte şi circumstanțe. Acest proces este în special important în abordarea problemelor comportamentale care tind să persiste pe de o parte din cauza multitudinii de factori care contribuie şi, pe de alta, din cauza multiplelor funcții pe care le îndeplinesc. De exemplu, pacienții se pot teme de asertivitate din cauza reacțiilor înfricoşătoare ale persoanelor de îngrijire din copilărie; pot nutri fantasme despre rănirea celorlalți prin afirmarea de sine; pot trăi frica de a pierde legătura de ataşament cu persoanele importante din viața lor şi/sau se pot simți vinovați pentru dorințele lor de a-i răni, a-i controla sau a-i umili pe alții, legate în mod inconştient de comportamentul asertiv. Aceste dinamici pot apărea şi pot afecta comportamentul în diferite contexte, inclusiv în relațiile cu partenerii, şefii şi prietenii. Pe parcursul terapiei, pacientul dezvoltă o conştientizare şi o înțelegere crescute ale acestor dinamici, analizându-le în contexte multiple, creând astfel mai multe ocazii şi strategii pentru a interveni în privința comportamentului. De

exemplu, pacienţii pot avea nevoie să devină conştienţi de furia pe care şi-o neagă, să tolereze şi să accepte furia, să identifice factorii declanşatori ai acestor trăiri şi să înveţe să-şi exprime furia în maniera potrivită. În această carte, sunt oferite câteva exemple de perlaborare.

Utilizarea contratransferului

Clinicienii trebuie să-şi urmărească permanent sentimentele, fantasmele şi reacţiile faţă de pacienţi, iar terapeutul poate folosi această informaţie ca să evite punerea în scenă a reacţiilor problematice contratransferenţiale şi ca să identifice anumite experienţe ale pacientului. Aceste trăiri şi fantasme pot fi şi un indiciu al prezenţei unui transfer substanţial şi important. Odată ce clinicienii devin conştienţi de aceste sentimente, trebuie să evalueze cu grijă materialul clinic, identificând acele comportamente verbale şi nonverbale ale pacienţilor care-i fac să reacţioneze. Clinicienii trebuie să evalueze în ce măsură reacţionează la anumite probleme ale pacienţilor şi/sau reacţionează emoţional la anumite trăiri, pe baza dinamicilor lor personale (Gabbard 1995; Searles 1959). În general, se recomandă ca terapeuţii dinamici să-şi urmeze propria analiză în timpul formării, ca să-şi înţeleagă mai bine conflictele intrapsihice şi să-şi identifice zonele de vulnerabilitate la contratransfer. Am oferit un exemplu de contratransfer în cazul doamnei F., în Capitolul 3.

Referinţe

Busch F.N., Rudden M.G., Shapiro T.: Psychodynamic Treatment of Depression, 2nd Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2016

Cooper A.M.: Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation. Journal of American Psychoanalitical Association 35(1): 77-98, 1987

Freud S.: Fragment dintr-o analiză de isterie (1905), în Opere, Vol. 5, Bucureşti, Editura Trei, 2001, pp 75-166

Gabbard G.O.: Countertransference: the emerging common ground. International Journal of Psychoanalysis 76(Pt 3): 475-485, 1995

Safran J.D., Muran J.C.: Negociating the Therapeutic Alliance. New York, Guilford 2000

Searls H.F.: Oedipal love in the countertransference. International Journal of Psychoanalysis 40: 180-190, 1959

Westen D., Gabbard G.O.: Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. Journal of American Psychoanalitical Association 50(1):99-134, 2002

5

Stabilirea unui cadru pentru abordarea schimbării comportamentale

Vom descrie un cadru pentru înțelegerea şi formularea problemelor de comportament, pentru identificarea comportamentelor alternative, abordarea factorilor perturbatori şi monitorizarea impactului schimbării comportamentale (Tabelul 5-1). Va fi discutată şi utilizarea potențială a temei pentru acasă, în scopul obținerii modificării comportamentale. Aceste abordări reprezintă o trecere semnificativă de la psihoterapiile psihodinamice mai tradiționale şi sunt descrise mai în profunzime în capitolele care urmează (Capitolele 6-9). Asertivitatea şi furia vor fi folosite ca domenii-cheie ale exprimării sau inhibiției comportamentale, pentru a oferi exemple şi pentru a ilustra acest cadru şi tehnicile asociate lui. Aşa cum s-a menționat în Capitolul 2 („Înțelegerea factorilor psihodinamici care împiedică schimbarea comportamentului"), pacienții care prezintă o diversitate de complexe simptomatice şi tulburări de personalitate se luptă adesea cu atingerea unui grad potrivit de asertivitate sau cu exprimarea eficace a furiei (Busch şi alții 2012, 2016). Trasarea cadrului începe prin

identificarea problemelor de comportament, un proces care se desfăşoară împreună cu formularea factorilor dinamici care contribuie la apariţia acestor dificultăţi.

TABELUL 5-1. Abordarea schimbării comportamentale
Evaluarea şi determinarea comportamentelor problematice Identificarea problemelor de comportament Examinarea contextului, afectelor şi sensurilor comportamentelor problematice Obţinerea unei formulări a conflictelor intrapsihice, a apărărilor şi a factorilor din perioada dezvoltării care contribuie la manifestarea acelor comportamente Identificarea comportamentelor alternative Elaborarea sentimentelor şi fantasmelor legate de implementarea comportamentelor alternative Abordarea factorilor care interferează cu comportamentele alternative Abordarea impactului modificării comportamentale Utilizarea temei pentru acasă

Evaluarea şi determinarea comportamentelor problematice

Cum se stabileşte dacă un comportament e problematic? Şi cum poate terapeutul sau pacientul să se asigure că o modificare comportamentală este exprimată adecvat sau eficient? În mod normal, un tipar comportamental este considerat problematic în măsura în care îi creează dificultăţi pacientului, iar pacientul deţine o mică flexibilitate în modificarea comportamentului în contextele în care acesta generează probleme. Pacienţii pot fi sau nu

conştienți că un anumit comportament le creează dificultăți, iar anumite comportamente problematice le pot fi semnalate de alții. Pot fi derutați în recunoaşterea unui comportament generator de dificultăți, în special dacă acesta are un scop parțial adaptativ sau defensiv. Lucrul cu identificarea şi modificarea comportamentelor problematice continuă de-a lungul tratamentului psihoterapeutic.

Inhibițiile sau exprimarea asertivității sau furiei se manifestă în câteva moduri problematice. Indivizii pot demonstra o inhibare generală a asertivității sau o exprimare excesivă a furiei. Aceştia pot trece de la un comportament excesiv de inhibat la unul excesiv de agresiv. Anumite persoane ar putea avea dificultăți în ajustarea asertivității şi furiei, aşa cum s-ar cere în diferite circumstanțe. Aceste manifestări diverse au adesea efecte adverse asupra relațiilor pacienților.

Formularea psihodinamică a dificultăților de asertivitate include conflicte centrale, care implică teama că alții ar putea fi răniți, rejectanți sau critici ca reacție la aceste comportamente (vezi Capitolul 2). Aceste aşteptări derivă parțial din reacțiile problematice ale îngrijitorilor din copilărie şi ale celorlalți la comportamentele asertive din perioada dezvoltării, reacții ce au fost interiorizate ca reprezentări ale sinelui şi ale obiectului şi ca fantasme inconştiente (Busch şi alții 2012). O legătură inconştientă (şi uneori conştientă) între asertivitate şi sentimentele şi fantasmele de furie şi competiție poate intensifica frica de a nu-i răni pe alții şi frica de represalii anticipate, generând vinovăție şi furie îndreptate spre sine. Următoarea vignetă scurtă oferă un exemplu de identificare a dinamicilor

relevante, care au fost folosite pentru recunoaşterea şi abordarea comportamentelor problematice.

Exemplu de caz

Domnul N., un contabil în vârstă de 54 de ani, care suferea de tulburare de panică, se lupta cu solicitările tatălui său de la el, chiar dacă tatăl lui era foarte bătrân şi întrucâtva senil. Aceste solicitări conţineau o serie de directive privind îngrijirea apartamentului tatălui şi aşteptarea ca pacientul să fie prezent pentru treburile casei, chiar şi atunci când acestea îi perturbau serios viaţa personală şi profesională. Tatăl său refuza să-şi ia un îngrijitor la domiciliu, chiar dacă doctorii îl avertizaseră de riscurile traiului pe cont propriu. Terapeutul şi pacientul au identificat drept problemă neputinţa acestuia din urmă de a-i spune „nu" tatălui său, având în vedere incapacitatea lui de a reacţiona în mod flexibil la aceste cerinţe şi dificultăţile pe care i le crea această obedienţă.

În timpul analizei, domnul N. a vorbit despre o viaţă întreagă în care a fost terorizat şi subminat de tatăl lui. Avea atacuri de panică atunci când apăreau clienţi de care se simţea agresat şi care-l presau să facă lucruri pe care el nu le aproba din punct de vedere etic. S-a dovedit în cursul analizei că domnul N. era furios pe tatăl lui şi pe clienţii respectivi şi se simţea vinovat din cauza fantasmelor de agresivitate sau de violenţă fizică îndreptate împotriva lor. Pe măsură ce explora aceste fantasme şi pe măsură ce se simţea tot mai în siguranţă având aceste sentimente şi

dorințe, anxietatea şi vinovăția i se diminuau. A discutat cu terapeutul câteva alternative comportamentale pentru momentul când se pregătea să-i spună tatălui său că nu-l mai ajută dacă acesta refuză să-şi angajeze un îngrijitor la domiciliu. Spre surpriza lui, în loc să se înfurie, tatăl lui a acceptat imediat acest aranjament.

Vom prezenta acum două cazuri mai pe larg, pentru a demonstra utilizarea în psihoterapia psihodinamică a unor tehnici specifice care urmăresc modificarea comportamentului. Pacienții din aceste cazuri trăiesc în special inhibiții ale asertivității. Cazurile în care pacienții exprimă excesiv impulsuri şi acțiuni furioase vor fi prezentate în Capitolul 10 („Implicarea pacientului în abordarea problemelor comportamentale specifice").

Exemplu de caz

Doamna I., o femeie măritată, în vârstă de 44 de ani, partener la o firmă de avocatură (vezi Capitolul 4), trăia o anxietate cronică, manifestată uneori prin somatizări. În viața ei personală şi la serviciu, suferea de o gamă largă de probleme legate de asertivitate şi avea tendința să se implice sau să dezvolte relații în care nu-şi afirma propriile nevoi şi se concentra pe îngrijirea altora. Deşi îşi exprimase frustrarea pe care aceste relații i-o generau, era foarte ambivalentă în privința lor, făcându-i plăcere să aibă grijă de alții. Nu credea că ar putea face ceva ca să schimbe aceste circumstanțe. Simțea orice tentativă de confruntare

cu ceilalți ca potențial distrugătoare pentru ei sau cauzatoare a unui comportament rejectant din partea acestora. Prin urmare, rareori depunea eforturi în această direcție.

Soțul ei, Tom, petrecea lungi perioade fără să muncească, iar motivația lui pentru muncă era foarte limitată. Suferea de o varietate de simptome somatice care îi afectau energia şi concentrarea, cu toate că nu exista o cauză medicală clară, iar el refuza să consulte un medic. Stările doamnei I. față de soțul ei alternau între furie şi compătimire pentru el şi o îngrijorare vinovată față de furia ei. Pe lângă asigurarea venitului familiei, ea mai pregătea şi cina şi făcea curat. Pacienta şi-a dat seama că-l percepea ca pe un copil care trebuie îngrijit şi că, în acest mod, îi oferea ocazia să se poarte ca un înlocuitor pentru copiii pe care nu i-a avut. Pe lângă grija de care avea nevoie, soțul mai avea şi tendința de a fi controlator, încercând să-i limiteze activitatea socială. Uneori îşi conştientiza frustrarea față de el, însă se temea să şi-o manifeste fie presându-l să-şi caute o slujbă sau să meargă la doctor, fie să pună punct comportamentului controlator. Credea că o confruntare cu el i-ar face mai mult rău, accentuându-i insecuritatea sau făcându-l să se înfurie pe ea şi să se retragă emoțional. A trăit probleme asemănătoare la serviciu, unde avea dificultăți în a-şi face asociații să respecte termenele-limită. De multe ori, sfârşea prin a le face ea munca. La fel ca în cazul soțului, se temea să se confrunte cu ei pe tema implicării lor inadecvate, crezând că ei s-ar simți umiliți de comentariile ei.

Doamna I. descria perioada când ea avea 10 ani, când accentul relațiilor ei de familie timpurii era îndreptat spre conflictele intense care îi implicau pe părinții ei şi pe sora

mai mare şi rebelă. Doamna I. a ajuns să se teamă de certurile frecvente care izbucneau în adolescența ei, când părinții ei, şi mai ales tata, încercau să-i pună limite surorii ei sau s-o tragă la răspundere pentru comportamentul lipsit de respect. Alterna între a-l vedea pe tatăl ei ca fiind prea dur cu sora ei şi a-l considera prea uşor de umilit, stresat sau depăşit de interacțiunile cu aceasta. Ea se ținea departe de aceste certuri, îmbrățişând postura de „fată cuminte", încercând să ajute la treburile casei şi având grijă de fratele ei mai mic. Nu dorea să ofere nicio ocazie suplimentară pentru alte potențiale conflicte exprimându-şi propriile nevoi sau păreri şi nici nu dorea să-şi supere părinții deja foarte împovărați.

Exemplu de caz

Domnul O.[5], un bărbat în vârstă de 62 de ani, căsătorit, prezenta o depresie semnificativă, inclusiv simptome vegetative. Principalele lui trăiri şi credințe depresive se învârteau în jurul unui sentiment de inadecvare. Povestea că nu se mai simțea la fel de eficient ca înainte la birou, în postul lui din vânzări, pentru că pierduse o parte din clienți şi din contacte pe măsură ce îmbătrânise. Munca lui reprezentase o importantă sursă de stimă de sine pentru el. Principala lui sursă de distres era soția lui, cu 20 de ani mai tânără decât el, pe care o percepea drept neimplicată şi mai puțin interesată de el din punct de vedere sexual. Se temea ca nu cumva aceasta să aibă vreo aventură, însă pe de o

[5] Vezi Busch şi alții, 2016.

parte simțea că ar merita-o, el nemaifiind bărbatul care fusese cândva. Simptomele depresive ale domnului O. răspundeau destul de bine la sertralină, însă dificultățile cu asertivitatea şi cu stima de sine persistau.

Domnul O. a povestit cum crescuse într-o familie dominată de conflictele cu fratele lui mai mare, care avea dificultăți la facultate şi o tendință de a se implica în certuri şi la şcoală, şi acasă. Se temea de comportamentul terorist al fratelui său şi de perturbările cauzate în familie de aceste certuri. În ciuda acestei situații, se considera că fratele lui avea mai mult potențial pentru afaceri şi începuse să lucreze la firma tatălui său de foarte devreme. Domnul O. era presat să fie băiatul cel bun, să nu creeze probleme şi să cedeze la cerințele părinților. Toate acestea presupuneau să se descurce bine la şcoală şi să-şi complimenteze mama pentru ținută şi pentru atractivitate. Adesea se simțea ignorat când atenția se îndrepta asupra fratelui său. Succesul său în profesie se datora parțial nevoii lui de a le demonstra părinților că se înşelaseră în ceea ce priveşte capacitățile sale. Fratele său avea dificultăți profesionale, iar el recunoştea că se gândea la acest lucru cu o oarecare plăcere vinovată. Îşi părăsise prima soție, cu care mama lui insistase să se însoare, pentru o femeie mai tânără, actuala lui soție.

Domnul O. nu dorea să-şi abordeze direct îngrijorările legate de soție. Îşi nega furia generată de lipsa ei de implicare sexuală, dar visele şi fantasmele lui sugerau contrariul, inclusiv apariția unei informații cu privire la faptul că apela la maseuze pentru satisfacere sexuală. Analiza a scos la iveală părerea lui că o eventuală aventură a soției ar fi fost luată de el drept o pedeapsă potrivită pentru a-şi fi părăsit

prima soție pentru ea. Pe măsură ce-şi recunoştea furia față de soție, incapacitatea de a-şi aborda îngrijorările într-o discuție cu ea devenea tot mai evidentă. Avea dificultăți şi la birou, unde nu era suficient de agresiv pe cât ar fi trebuit ca să crească vânzările şi se simțea vinovat pentru sentimentele sale de competiție față de colegi.

Identificarea problemelor de comportament

Principalele probleme de comportament ale acestor pacienți includ zone de inhibiții şi de lipsă de asertivitate şi renunțarea la nevoile lor în fața altora. Amândoi îşi conştientizau dificultățile, însă în alte momente păreau să accepte aceste comportamente, considerându-le justificate de propriile temeri. Era, deci, important ca în fiecare caz să se clarifice şi să se abordeze sistematic aceste probleme, incluzând justificarea dată de pacient. Doamna I. demonstra o incapacitate de a fi asertivă în relația cu soțul ei, în ceea ce priveşte găsirea unei slujbe de către acesta, vizita lui la medic, împărțirea activităților casnice şi limitarea activității lor sociale. În plus, era incapabilă să abordeze dificultățile cu angajații ei, inclusiv să le critice munca şi să fixeze anumite standarde. Domnul O. nu-şi putea înfrunta soția cu privire la comportamentul ei neimplicat şi se străduia să fie asertiv la locul de muncă şi să depăşească dificultățile legate de concurența pentru oportunitățile de vânzare.

Examinarea contextului, afectelor şi sensurilor comportamentelor problematice

În scopul unei abordări mai eficace a factorilor care contribuie la comportamentul problematic şi la impedimentele din calea schimbării, e important să fie identificate emoţiile, contextul şi înţelesul acestor acţiuni (vezi Capitolul 6, „Identificarea factorilor dinamici care contribuie la comportamentele problematice"). Se fac astfel de eforturi în şedinţele de terapie, pacienţii fiind încurajaţi, totodată, să observe ce simt atunci când apare comportamentul respectiv. Aceste abordări ajută pacienţii la dezvoltarea capacităţilor de autoobservare şi a celor de mentalizare.

Când aceşti factori au fost analizaţi în terapie, inhibiţiile doamnei I. s-au intensificat în contextul trăirii şi exprimării frustrării faţă de soţul ei şi faţă de colegii de la firmă. Îşi imagina că eforturile ei de abordare a acestor probleme ar fi excesiv de dure şi de nocive, provocându-i vinovăţie, şi se temea că asertivitatea ei ar duce la retragerea emoţională a soţului ei. Domnul O. s-a inhibat la gândul că ar trebui să-şi confrunte soţia, temându-se că ar supăra-o. La fel păţea şi atunci când intra în competiţie cu colegii lui. Trăia sentimente de inadecvare din cauza vârstei şi sentimente de vinovăţie pentru comportamente din trecut.

Obţinerea unei formulări psihodinamice a conflictelor intrapsihice, a apărărilor şi a factorilor de dezvoltare care contribuie la comportamentul problematic

La fel ca în cazul simptomelor, o formulare psihodinamică oferă un cadru pentru înțelegerea dificultăților de comportament şi identificarea intervențiilor posibile (vezi Capitolul 6). În fiecare dintre aceste cazuri, aceşti pacienți se simțeau vinovați pentru furia lor şi pentru nevoile lor şi se pedepseau prin critică de sine şi prin renunțare în fața situațiilor problematice şi dureroase. Negarea, identificarea cu agresorul şi formațiunea reacțională erau mecanismele lor principale de apărare. Factorii care le-au influențat perioada de dezvoltare au reprezentat elemente importante pentru înțelegerea originilor acestor conflicte şi comportamente.

La început, doamna I. şi-a negat furia şi fantasmele în care-şi exprima furia, iar când acestea au ieşit la suprafață, s-a simțit vinovată pentru că le avea şi se temea că ele ar putea provoca stricăciuni semnificative dacă le manifesta. După ce doamna I. şi-a accesat mai uşor sentimentele, furia ei se intensifica în anumite momente, iar ea îşi descria soțul ca fiind un „ratat" şi se gândea să-l părăsească. Atunci când se înfuria, se identifica cu tatăl şi cu sora ei, pe care îi considera răi şi cruzi, acesta fiind un exemplu de identificare cu agresorul. Pentru ea, persoana rănită şi umilită era aidoma tatălui ei în momentele în care era

copleşit de atacurile surorii ei. Conflictele ei declanşau formaţiuni reacţionale, însoţite de eforturi sporite de a se îngriji de cei pe care se temea să nu-i rănească. Cu toate că această apărare era iniţial o uşurare, ulterior se simţea şi mai furioasă că „trebuia să facă ea tot".

Domnul O. era nevoit să-şi nege furia la adresa soţiei, pentru că era îngrijorat de intensitatea acesteia şi ca să fie „băiat bun". A conştientizat că masajele sale sexuale erau un mod pasiv-agresiv de a se răzbuna pe ea. Credea că era pedepsit pentru că-şi părăsise prima soţie pentru o femeie mai tânără şi pentru dorinţele de a fi mai bun decât fratele lui.

Identificarea comportamentelor alternative

Pentru a aplica modificări comportamentale, este important să identificăm alternativele comportamentale şi să le considerăm un obiectiv potenţial al tratamentului. Lucrul cu pacienţii în scopul analizării acestor alternative reprezintă o deviere semnificativă de la tehnica psihanalitică clasică (vezi Capitolul 7, „Identificarea comportamentelor alternative").

În timp, terapeutul şi doamna I. au constatat că ea îi putea comunica soţului mult mai direct cât de important era ca el să lucreze şi să vadă un medic şi putea limita încercările sale de a-i restricţiona interacţiunile sociale. La serviciu, putea comunica mult mai clar cu angajaţii ei despre

dificultatea lor de a respecta termenele-limită şi despre metodele de a-şi îmbunătăți calitatea muncii, în timp ce îşi diminuase disponibilitatea de a le finaliza ea proiectele. Terapeutul şi domnul O. au stabilit că este capabil să-şi exprime direct frustrarea față de neimplicarea emoțională a soției sale şi să-şi multiplice eforturile competiționale în obținerea de contracte de vânzări.

Elaborarea sentimentelor şi fantasmelor legate de implementarea comportamentelor alternative

Odată ce le identifică, terapeutul şi pacienții pot explora sentimentele şi conflictele care apar atunci când sunt luate în calcul comportamentele alternative. În această abordare, terapeutul le cere pacienților să se imagineze aplicând comportamentele respective şi apoi să estimeze care le sunt sursele de îngrijorare şi ce anticipează ca reacție din partea celorlalți. Deşi frica de a răni sau de a fi pedepsit apare adesea, pot apărea în aceeaşi măsură şi sentimente pozitive, cum ar fi bucuria şi uşurarea de a se manifesta direct față de altă persoană.

Când trebuia să-şi manifeste furia sau să se afirme în situații specifice, doamna I. se simțea neliniştită şi vinovată şi îşi imagina că interlocutorul s-ar simți umilit, iritat sau respins. În timp ce căuta anumite căi pentru a-şi înfrunta soția, domnul O. se simțea vinovat să-şi exprime furia şi se aştepta ca ea să se simtă rănită, să-şi piardă interesul sau

să se înfurie şi chiar să-l părăsească. Gândindu-se la anumite modalităţi prin care să devină competitiv în vânzări, anticipa un comportament opoziţionist din partea colegilor lui.

Abordarea factorilor care interferează cu comportamentele alternative

Terapeutul dezvoltă un cadru şi strategii pentru abordarea factorilor care inhibă modificările comportamentale, bazate pe formularea psihodinamică şi pe fricile şi fantasmele care apar atunci când trebuie aplicate comportamentele alternative. Evenimentele apărute în perioada dezvoltării, conflictele intrapsihice, apărările, reprezentările sinelui şi ale obiectului, factorii transferenţiali şi deficitele de mentalizare se numără printre elementele care sunt abordate. Secţiunea următoare demonstrează modul în care a fost folosită formularea în cazul doamnei I. şi al domnului O.

Exemplu de caz: doamna I. (continuare)

Terapeutul a abordat vinovăţia şi îngrijorările de dimensiuni catastrofale ale doamnei I., asociate cu dorinţa ei de a-şi exprima furia şi de a se afirma. El a analizat şi nevoia ei de a avea grijă de alţii, ca să compenseze sentimentele de furie şi ca să-şi reducă senzaţia de pierdere.

Au fost concepute câteva intervenţii cu scopul de a diminua inhibiţiile şi eforturile de îngrijire ale doamnei I. şi de a-i accentua comportamentul asertiv. Aceste abordări presupuneau diferenţierea situaţiei sale curente de circumstanţele din copilărie pe care ea nu le putuse controla. Împreună cu terapeutul, a concluzionat că, mai mult decât sigur, furia sau critica ei n-o să-i rănească sau umilească pe ceilalţi în modurile pe care le anticipase ea, iar ea nu era în pericol de a le exprima la fel de dur cum se întâmplase în cazul surorii şi părinţilor ei. Terapeutul a sugerat că, dacă le comunica soţului şi angajaţilor aşteptările ei mai exigente, în loc să le rănească stima de sine, de fapt le-ar putea amplifica independenţa şi competenţa.

Terapeutul s-a străduit s-o ajute să recunoască şi să înveţe să-şi tolereze senzaţia de pierdere manifestată prin dorinţa de a le purta de grijă celorlalţi, atunci când încerca să încurajeze eforturile soţului şi angajaţilor săi de dobândire a independenţei. Ea a trăit un sentiment de tristeţe, inclusiv pentru faptul de a nu fi avut copii, însă până la urmă a reuşit să se simtă mai puţin frustrată, copleşită şi disperată. În plus, terapeutul a ajutat-o să identifice mecanismul de apărare al formaţiunii reacţionale, să recunoască faptul că atunci când era furioasă devenea şi mai grijulie faţă de ceilalţi, ca să-şi uşureze vinovăţia sau ca să se pedepsească inconştient.

Următoarele vignete prezintă câteva exemple din analiza pacientei, menite să abordeze aceşti factori.

Doamna I.: Observ că, de câte ori îi dau o sarcină unui angajat, iar el mă contrazice, am tendința să mă dau la o parte şi să-l las să procedeze cum crede de cuviință, însă ulterior apar probleme. Lui John i-am spus că trebuie să consemneze ceea ce face, însă el m-a contrazis. Crezând că am greşit, eu m-am retras şi l-am lăsat pe el să descopere că aşa nu merge. Însă apoi tot eu am rezolvat problema, iar el nu şi-a învățat lecția.

Terapeutul: Ce te face să nu poți fi mai directă atunci când e cazul?

Dna I.: Mă tem să nu se creadă că doresc să controlez prea mult lucrurile şi să nu se înfurie.

T.: Dar această atitudine nu face decât să-ți mărească volumul de lucru şi să te copleşească. Însă cred că tu te retragi pentru că eşti foarte speriată să nu răneşti sau să creezi un conflict, astfel încât îți pierzi încrederea în tine şi te consideri incapabilă. Îmi poți spune mai multe despre modul în care crezi că va reacționa John?

Dna I.: Păi cred că se va înfuria, însă, dacă mă gândesc mai bine, mi-l imaginez foarte rănit. Îl văd foarte afectat, cu o figură îndurerată. Aşa cum ai menționat deja, asta îmi aminteşte puțin de tatăl meu, atunci când părea atât de rănit de sora mea.

T.: Ai spus că începi să te panichezi atunci când trebuie să-i dai sugestii angajatului tău. Te comporți cu el ca şi când ai fi fost condiționată să te temi că orice critică ar declanşa

răni de nivelul celor care s-au petrecut în familia ta de origine. Prin urmare, nu poți deosebi situațiile care, deşi ar putea cauza o mică doză de distres, ar fi foarte utile. Nu poți estima siguranța unei situații, pentru că tu crezi că toate prezintă potențiale pericole.

Dna I.: Ai dreptate, dar tot mai cred că l-aş răni.

T.: Cred că te temi că ar reacționa la fel ca tatăl tău, însă mă-ntreb cât de probabil ar fi ca un angajat de-ai tăi să fie atât de rănit sau de furios pentru că-i arăți modalitatea corectă de a îndeplini o anumită cerință. Până la urmă, eşti şefa lui. Iar dacă totuşi reacționează aşa, atunci înseamnă că are o problemă, pentru că şefii trebuie să le dea feedback şi instrucțiuni angajaților lor.

Dna I.: Înțeleg ce spui, dar sună foarte dur pentru mine.

T.: Într-adevăr. Pentru că ai impresia că celălalt este prea vunerabil ca să-ți audă părerile sau nevoile. Însă, cel mai adesea, nu-i ajută nici pe ei, nici pe tine să-ți ții părerile doar pentru tine.

Dna I.: Ai dreptate. Ieri i-am spus lui John că mai are de lucrat la ceva şi i-am dat câteva intrucțiuni, ca să poată termina. Nu prea i-a convenit, dar apoi s-a dus să-şi termine treaba. Se pare că asta ne-a priit amândurora.

Pe măsură ce-şi tolera tot mai bine furia, doamna I. şi-a amplificat eforturile de abordare a soțului în legătură cu problemele lor. Cu toate acestea, uneori se simțea vinovată după ce făcea aceste eforturi.

Dna I.: I-am spus că vreau să ies cu nişte prieteni, în ciuda durerii lui de picior. M-a întrebat dacă eram sigură că vreau să ies, pentru că păream obosită. M-am enervat aşa de tare, că nici n-am ştiut ce să-i răspund. Ştiam că se gândea numai la el.

T.: Cred că i-ai fi putut spune că-i apreciezi grija, dar că probabil că îngrijorarea lui era în special legată de absența ta de lângă el.

Dna I.: Asta e o sugestie bună. Apoi m-a întrebat ce voi găti pentru cină, aşa că asta m-a descurajat din nou să mai sper într-o schimbare. I-am spus c-o să-i pregătesc ceva.

T.: Se pare că atunci când încerci să te afirmi recazi în vechile ipostaze în care te simți blocată şi neajutorată, chiar dacă deja ai făcut un progres atunci când l-ai anunțat că ieşi cu prietenii! Cred că te simți din nou vinovată că asertivitatea şi furia ta îl vor răni, iar el pare să-ți confirme asta. Cred că s-ar impune o discuție despre cum să se descurce singur cu cina. Nu se poate spune că nu se poate deplasa, iar dacă chiar e necesar, ar putea comanda ceva la domiciliu! Hai să vedem cum ai putea aborda asta cu el şi poate că putem afla mai multe despre faza în care te împotmoleşti.

Dna I.: Păi cred că, atunci când eu fac eforturi, iar el opune atât de multă rezistență, eu devin şi mai furioasă pe el. Apoi mă îngrijorez şi mă simt prost pentru el.

T.: După ce tu faci progrese, iar el opune rezistență, tu te enervezi foarte tare şi te temi să nu-l răneşti, aşa că trebuie să te abții, şi atunci te consideri slabă. Cred că trebuie să nu uiți că uneori va opune rezistență la eforturile tale. Cum crezi că ți-ai putea gestiona furia şi vinovăția în astfel de situații, în loc să renunți la altceva?

Dna I.: Cred că mi-ar prinde bine să lucrez la asta. Vreau să continui să progresez.

Cu toate că asertivitatea ei a continuat să se amelioreze, după o săptămână grea de confruntări la birou şi acasă, spunea că se simte deconectată şi deprimată şi că nu e în stare să-şi gestioneze frustrările. A redevenit obsedată de corpul ei şi de fricile de a nu se îmbolnăvi de cancer, dar şi de stările de oboseală. Era foarte furioasă pe Tom, care se gândea să-şi reducă programul de lucru de la birou, pentru că se temea că ar pierde şi slujba asta. Se simțea foarte furioasă, dar se temea de o confruntare cu el. După ce a menționat că încă era furioasă pe colegii ei, mi-a povestit că soțul ei o presa să oprească terapia invocând lipsa progresului, dar şi pentru că avea de furcă cu asertivitatea ei în creştere.

Observând faptul că pacienta părea frustrată de terapie, terapeutul a considerat că aceste circumstanțe ofereau

oportunitatea de a-i analiza conflictele în cadrul transferului. A întrebat-o dacă şi ea se simțea frustrată în legătură cu terapia. Ea a răspuns ezitant că da şi a explicat cum a fost „ținută" într-o terapie anterioară, cu toate că terapia respectivă n-o ajuta. A recunoscut totuşi că făcuse progrese în terapia actuală.

Terapeutul a încurajat-o să-şi exprime îngrijorările şi iritarea provocate de terapie, pentru că, pe baza tiparelor ei, probabil că s-ar fi înfuriat şi pe el, dar nu s-ar fi simțit suficient de în siguranță ca să se manifeste. De fapt, tocmai pentru că se temea să exprime aceste trăiri, încerca să i le atribuie soțului, care se simțea parțial amenințat de procesul ei terapeutic. Ea concepea terapia ca pe o înfruntare între propriile nevoi şi cele ale terapeutului, unde ea ceda nevoilor lui. Se temea că, dacă ar fi dorit să oprească terapia, terapeutul nu ar fi permis o discuție despre obiective şi durata tratamentului.

Dna I. a fost extrem de uşurată de reacția terapeutului, considerându-l deschis la îngrijorările ei legate de terapie. Şi-a schimbat tonul şi, zâmbind, a descris câteva aspecte ale vieții care i se îmbunătățiseră, deşi avusese o săptămână dificilă. A recunoscut că, din cauza propriilor frici, s-a plâns de terapie ca şi când nemulțumirea ar fi venit din partea soțului, ca şi cum i-ar fi spus acestuia că terapeutul ei considera că problema consta în comportamentul lui. Această confesiune a ajutat-o mult pe doamna I. să se simtă mai sigură în ceea ce privea propria asertivitate şi să înțeleagă situațiile în care încă se mai simțea blocată.

Exemplu de caz: Domnul O. (continuare)

Terapeutul s-a străduit să amplifice conştientizarea, acceptarea şi tolerarea furiei pe care o simțea domnul O. față de soția lui. Sursa presiunii de a ceda altora şi fricile de a-şi exprima frustrarea fuseseră identificate în copilăria acestuia. Terapeutul a abordat vinovăția şi aşteptarea de a fi părăsit pentru că-şi părăsise prima nevastă, precum şi dorințele sale competitive. De-a lungul terapiei, au analizat cum ar trebui să abordeze direct neimplicarea emoțională a soției. După ce au fost identificate alternativele comportamentale, terapeutul şi pacientul au analizat modul în care se simțea el când îşi imagina că se confruntă cu ea. Aceşti factori includeau frica şi vinovăția că ar putea s-o rănească sau s-o înfurie, precum şi sentimente subiacente de inadecvare.

Pe măsură ce terapia înainta, au mai apărut informații despre sentimentele domnului O. față de mama lui, clarificând şi mai mult reacțiile sale emoționale de vinovăție. Era furios pe mama lui pentru că-l obligase să fie „băiat bun" şi să se căsătorească cu prima soție. Legat de aceste sentimente, anticipa că va fi pedepsit. A avut câteva vise care simbolizau pedepsirea prin castrare sau prin privare de putere, printre care şi unul în care afla că urma să i se taie mâna stângă. Accentuându-i fantasmele, doctorul din vis i-a spus că, din moment ce oricum era bătrân, nu mai avea nevoie de ea. Într-un fel, castrarea ca pedeapsă deja se produsese, prin faptul că el accepta absența relațiilor sexuale cu soția lui. Se simțea lipsit de putere şi la birou, considerând că ceilalți obțineau avantaje pe care cândva le obținuse şi el. Fantasmele lui indicau că trăia reducerea

vânzărilor ca pe o pedeapsă şi că vinovăția îl împiedica să facă eforturi mai susținute pentru a atrage noi clienți.

Terapeutul şi pacientul au conştientizat în ce măsură comportamentul lui era blocat de vinovăție şi de autopedepsire pentru furia şi pentru competitivitatea pe care le trăia, acest lucru permițându-le să analizeze mai în profunzime sursa acestor emoții din copilărie. Cel mai timpuriu şi mai competitiv sentiment pe care şi-l amintea îi era trezit de fratele mai mare. Era furios că fratele lui era favorizat, în ciuda comportamentului său agresiv. Eforturile sale de a concura cu fratele lui erau descurajate de părinți, care îi cereau să fie „băiatul bun".

Domnul O.: Ştiu că prin eforturile mele de la birou încercam de fapt să-mi depăşesc fratele şi să le arăt părinților că greşeau, favorizându-l pe el.

Terapeutul: Şi cum te face lucrul ăsta să te simți?

Dl O.: La început mă simțeam bine, dar acum mă simt vinovat. Adică, nu mă aşteptam să-i meargă aşa de rău. Sper că n-am fost eu cauza.

T.: Şi cum anume ai fi putut fi tu cauza?

Dl O.: Poate că l-am făcut să se simtă rău prin faptul că mie îmi mergea bine. Poate că merit problemele pe care le am acum.

T.: Ca o pedeapsă pentru că l-ai întrecut?

Dl O.: Da, într-un fel.

Pe măsură ce înțelegea originea acestor conflicte, a început să se simtă tot mai liber să fie asertiv la birou şi a făcut eforturi tot mai mari să-şi extindă teritoriul. După ce s-a simțit mai sigur în legătură cu dorințele sale competitive, a avut un vis în care rivalul său de la serviciu avea dificultăți, iar el se bucura mult de această situație; şi-a dat seama că de fapt îi plăcea să-i depăşească pe ceilalți.

În acelaşi mod în care se simțea la serviciu şi cu soția, domnul O. avea uneori sentimente de inadecvare şi cu terapeutul, temându-se că acesta dorea ca el să fie mai asertiv şi că el nu se ridica la înălțimea aşteptărilor acestuia, dezamăgindu-l. Terapeutul a analizat nevoia domnului O. de a fi pacientul cel bun şi de a se supune la ceea ce credea că dorea terapeutul de la el, exact aşa cum s-a supus dorințelor mamei sale de a fi băiețelul cel bun. Domnul O. a relatat un vis în care mama lui l-a întrebat dacă părul ei arăta bine, iar el a refuzat să-i răspundă la întrebare. A înțeles acest vis ca reprezentând proaspăt descoperita opoziție la a ceda în fața dorințelor altora. S-a simțit în mod special uşurat să poată discuta presiunile pe care le simțea din partea terapeutului. După analizarea acestui vis şi a aşteptărilor percepute din partea terapeutului, domnul O. a fost în sfârşit pregătit pentru o discuție cu soția lui despre dificultățile lor din cuplu.

Domnul O.: Am întrebat-o dacă crede în monogamie. A răspuns destul de evaziv. I-am spus că m-ar supăra foarte tare dacă ar intra într-o relație cu alt bărbat.

T.: Şi ce a răspuns la întrebarea asta?

Dl O.: Atunci nu mi-a răspuns direct, dar din acel moment este mai grijulie şi mai caldă.

T: Deci faptul că ați avut această discuție nu a avut rezultatul temut de tine.

Dl O.: Nu. Cred că a avut rezultatul contrar.

Abordarea impactului modificării comportamentale

Cu toate că, uneori, afirmarea de sine continua să fie dificilă pentru doamna I., aceasta a înregistrat progrese în gestionarea frustrării provocate de soțul său. În locul conflictului şi al rănirii anticipate de ea, soțul şi-a amplificat eforturile de a munci mai temeinic şi de a contribui la treburile casei. Şi-a redus şi încercările de a-i restricționa activitățile sociale. Aceasta a contribuit la diminuarea lipsei de satisfacție, a furiei şi a vinovăției ei. Un proces similar a apărut la birou, unde criticile tot mai multe adresate subalternilor ei au ajutat-o să-şi diminueze frustrarea şi

munca în exces, dovedindu-se că anticiparea umilirii şi răniirii acestora nu avusese temei. Aceste schimbări i-au redus atât nivelul general de furie şi frică, cât şi conflictele provocate de aceste trăiri şi fantasme.

Soția domnului O. nu şi-a negat direct aventura, însă a devenit mai caldă, mai implicată, mai disponibilă şi mai iubitoare. Relația lor sexuală s-a îmbunătățit. El se simțea mai puternic şi mai puțin inadecvat şi a observat că avea mai mult impact decât anticipase. Odată cu vinovăția pe care o simțea din cauza furiei, i s-a diminuat şi furia, pe care a încetat s-o mai exprime indirect, mergând la maseuze, sau într-un mod autopunitiv.

Aceste schimbări i-au permis terapeutului să abordeze atât percepțiile anterioare ale pacientului cu privire la neajutorarea lui, cât şi perspectiva lui modificată asupra relațiilor sale cu ceilalți.

Terapeut: Din cauza sentimentelor tale de inadecvare, ai crezut că soția ta deținea toată puterea, în timp ce tu trebuia doar s-o urmezi. Însă acum vezi altfel lucrurile.

Domnul O.: Aşa cred. Am avut mai mult impact asupra ei decât mi-am imaginat.

T.: În loc să fii neputincios, de fapt ai o putere în relația cu ea pe care n-ai bănuit-o nicicând.

Dl O.: Da. Îmi doresc să fi văzut asta şi până acum. Am fost aşa de îngrijorat, că nu mai aveam niciun cuvânt de spus în relația mea...

Apăruse o schimbare în reprezentările domnului O. despre el însuşi şi despre ceilalți, de la inadecvarea pe care o simțea față de soție, pe care o considera puternică, la regăsirea unei relații mult mai cooperante cu ea.

Utilizarea temei pentru acasă

Tema pentru acasă, o tehnică folosită de obicei în terapia cognitiv-comportamentală (Thoma şi alții 2015), e considerată nepotrivită pentru curele psihanalitice sau, dacă totuşi e folosită, ar fi mai curând privită ca element al unei terapii de sprijin. S-ar putea considera că anumite principii ale psihoterapiei psihanalitice ar putea fi afectate negativ de temele pentru acasă. Procesul urmăririi gândurilor, trăirilor şi comportamentului ar putea perturba asocierile libere şi accesul la conținutul inconştient. Din această perspectivă, ar putea apărea o coluziune între structurarea unei şedințe astfel încât să fie discutată tema pentru acasă şi rezistența pacienților în a-şi recunoaşte sentimentele şi conflictele care le sunt dureroase. Ar putea fi văzută şi ca o deviere de la abstinență şi neutralitate, iar pacientul ar putea să se supună sau să se revolte contra temei pentru acasă. Totuşi, la fel ca în cazul altor parametri evaluați în această carte, impactul real al introducerii temelor pentru acasă asupra procesului psihoterapeutic

psihanalitic este neclar şi nu a fost studiat îndeajuns. Valoarea potențială a temelor ar cere o reevaluare a excluderii lor din abordările psihoterapeutice psihodinamice.

Într-adevăr, există mai multe căi prin care temele ar putea deveni un instrument valoros în dezvoltarea capacităților de autoevaluare, pe lângă eforturile depuse în vederea modificării comportamentale. De exemplu, una dintre formele în care se folosesc aceste teme este ținerea unui jurnal, ca acelea care se folosesc în anumite studii ale psihoterapiei psihodinamice care abordează panica (Busch şi alții 2012). Pacienții își notează apariția atacurilor de panică, simptomele, contextul şi sentimentele asociate cu atacul. Acest jurnal ajută la dezvoltarea unor abilități de automonitorizare în autoexplorare şi sprijină pacienții în înțelegerea faptului că simptomele tind să apară în anumite contexte (de ex., separarea), cu anumite trăiri şi înțelesuri asociate (de ex., gânduri şi fantasme de furie, frici de separare). Terapeuții pot răsfoi uneori jurnalele împreună cu pacienții ca să identifice contextele, temele şi semnificația simptomelor. Recunoaşterea acestor tipare ajută pacienții în dobândirea unui sentiment de control asupra unor simptome care înainte păreau să apară „din senin”.

Nu existau indicii în aceste terapii că jurnalele ar fi inhibat procesul psihoterapiei psihodinamice. Dimpotrivă, e posibil să fi stimulat implicarea pacienților în terapie, pentru că aceştia au înțeles mai repede valoarea tehnicilor psihodinamice.

În plus, jurnalele mai curând ajută decât să inhibe accesul pacienților la fricile şi fantasmele dureroase, prin faptul că

oferă şi ocazia unei monitorizări în afara şedinţei. Atenţia acordată procesului lor de gândire şi trăirilor lor poate exploata un material plin de sens şi înfricoşător, care este important să fie analizat pe măsură ce apare în alte medii decât cadrul terapeutic.

În această carte, trei tipuri principale de teme sunt considerate utile pentru modificările comportamentale. În primul tip, pacienţii îşi monitorizează emoţiile şi contextele în care apar anumite simptome şi probleme comportamentale, sub forma jurnalului. Jurnalul poate fi folosit pentru urmărirea gândurilor, a trăirilor şi a simptomelor care apar în contextul încercării de a obţine un anumit tip de comportament. Aceste însemnări îi ajută pe pacienţi să aducă în terapie ceea ce au identificat pe măsură ce-şi dezvoltă capacităţile de monitorizare şi pe măsură ce încearcă să-şi atingă obiectivele. Această informaţie e utilă şi în identificarea factorilor care interferează cu obţinerea schimbării comportamentale, cum ar fi anumite trăiri, conflicte, apărări şi fantasme. Mai mult, poate contribui şi la discutarea strategiilor de contracarare a factorilor care interferează în momentul în care se încearcă implementarea unui anumit tip de comportament.

În al doilea tip de temă pentru acasă, terapeutul lucrează cu pacientul la dezvoltarea unei formulări psihodinamice scrise, care poate fi actualizată pe parcursul terapiei. Acest proces poate ajuta pacientul să rămână concentrat pe o înţelegere tot mai extinsă a modului în care lucrează mintea lui, afectându-i trăirile şi comportamentul. În al treilea tip de temă, pacienţii pot lua notiţe de scenarii potenţiale, conţinând reacţia aşteptată de la ceilalţi, ce anume interferează cu aplicarea acestor scenarii şi care este reacţia

lor şi a celorlalţi faţă de utilizarea acestui scenariu. În acest fel, pacientul poate reţine şi povesti terapeutului ce impact au avut eforturile sale de a aplica anumite intervenţii comportamentale şi ce trăiri i-au stârnit acestea.

Exemplu de caz

Doamna P., un redactor în vârstă de 32 de ani, avea dificultăţi în impunerea de limite tatălui său, care o teroriza şi o abuza în mod repetat, deşi ea devenise mai puternică şi îşi îmbunătăţise multe aspecte ale vieţii. Mai mulţi factori contribuiau la această dificultate, inclusiv o speranţă recurentă că el îşi va schimba cumva comportamentul şi va înceta să mai fie abuziv. Cu toate acestea, el continua s-o atace pe pacientă pe nedrept, reproşându-i că nu-i acorda destulă atenţie nici lui, nici prietenei lui. Uneori atacurile aveau caracter general, iar conţinutul era neclar; pur şi simplu părea iritat de ea. Pacienta continua să se simtă rău să fie abuzată de el şi dorea să găsească o modalitate de a vindeca relaţia lor. În ciuda acestui fapt, după vizitele lor, rămânea profund dezamăgită şi deprimată. Ar fi vrut să pună capăt vizitelor, dar se temea că el ar putea întrerupe contactul cu ea.

Terapeutul: Deci e foarte dificil pentru tine să eviţi întâlnirile cu el.

Doamna P.: Da, sunt conştientă. În ciuda comportamentului său, eu tot sper într-o schimbare. Nu ştiu cum să procedez. Aş vrea să dezactivez acest tipar.

T.: Cred că ar trebui să iei în calcul varianta în care să nu-ți mai petreci timpul cu el dacă el nu te tratează diferit. Ca să nu te mai expui mereu agresiunilor lui.

Dna P.: Cum aş putea face asta?

T.: Cred c-ar trebui să faci o notă conform căreia el trebuie să înceteze să te mai critice sau să-şi piardă controlul. Şi că tu vei înceta vizitele sau convorbirile cu el dacă nu-şi schimbă comportamentul.

Dna P.: Ei bine, asta chiar mă face să mă simt stăpână pe situație. Cum putem fi siguri că o să fiu în stare să mă țin de plan?

T.: Va trebui să vedem dacă te simți în siguranță apropo de acest plan, iar dacă nu, din ce cauză. Aceasta va aduce mai multă structură deciziilor tale de a vă întâlni şi ne va permite o ocazie mai bună de a le analiza.

Dna P.: Aş fi foarte interesată să fac asta. Dar dacă reacționează prost?

T.: Desigur că se poate întâmpla şi asta, însă nu te ajută deloc să continui să accepți situația curentă. Cred că cel

mai bun lucru ar fi să-ţi notezi ce anume i-ai spune tatălui tău. Şi apoi, hai să vedem cum te simţi.

Dna P.: Da, mi-ar plăcea să-ncerc. Cred că m-aş simți mai bine dacă aş proceda în felul acesta.

Scriind ce i s-a cerut, nu doar că pacienta a fost ajutată să-şi depăşească inhibițiile şi să-şi clarifice limitele, dar acest lucru a fost şi foarte eficient în modificarea comportamentului tatălui său. Ea a trimis hârtia tatălui ei sub formă de scrisoare, care descria anumite comportamente inacceptabile şi menționa că pacienta va ieşi din casă şi nu va mai relua legătura dacă el încălca regulile. În mod surprinzător pentru ea, tatăl ei a luat scrisoarea în serios şi a fost de acord să se conformeze. Doamna P. făcea referiri la scrisoare ori de câte ori tatăl reîncepea să se poarte urât sau să o critice, lucru care împiedica escaladarea acelui comportament.

Ajustarea continuă a modificărilor comportamentale este adesea necesară, pe măsură ce pacienții îşi confruntă sistematic fricile paralizante şi le evaluează impactul asupra altora. Deşi în majoritatea cazurilor ceilalți sunt până la urmă cooperanți şi răspund cererilor, uneori pot ignora sistematic sau se pot opune eforturilor pacienților. Menținerea unor astfel de relații problematice trebuie explorată, căci poate fi un indiciu al fricii de pierdere a ataşamentului, al unei fantasme recurente dezamăgitoare că relația ar putea fi cumva „reparată" şi/sau al persistenței vinovăției. Într-adevăr, uneori sănătatea unui pacient poate

fi sprijinită atunci când el reduce contactele sau se retrage dintr-o relație care este în mod inevitabil dăunătoare. Aceste reacții problematice vor fi investigate mai pe larg în Capitolul 9 („Lucrul cu susținerea schimbării comportamentale şi cu reacția celorlalți”).

Referinţe

Busch F.N., Milrod B.L., Singer M. et al.: Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy-eXtended Range. New York, Routledge, 2012

Busch F.N., Rudden M.G., Shapiro T.: Psychodynamic Treatment of Depression, 2nd Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2016

Thoma N., Pilecki B., McKay D.: Contemporary cognitive behaviour therapy: a review of theory, history and evidence. Psychodynamic Psychiatry 43(3):423-461, 2015

Identificarea factorilor dinamici care contribuie la comportamentele problematice

În abordarea modificării comportamentale, terapeutul lucrează împreună cu pacientul la clarificarea contextului, trăirilor şi gândurilor care preced acțiunile problematice şi inhibițiile (Tabelul 6-1). Pentru o mai bună analizare a acestor elemente, terapeutul sprijină pacientul în dezvoltarea capacităților de autoobservare. Utilizând informațiile despre factorii declanşatori situaționali şi emoționali, terapeutul ajută la identificarea factorilor dinamici care contribuie la evitarea sau la implementarea anumitor comportamente, inclusiv a fantasmelor deranjante sau înspăimântătoare, a conflictelor intrapsihice, a mecanismelor de apărare şi a evenimentelor relevante sau traumatizante din copilărie. Aceste abordări permit dezvoltarea unei formulări sau a unui cadru psihodinamic, care ajută la crearea unor strategii de modificare comportamentală. În multe cazuri, anumiți factori trebuie abordați pentru ca pacientul să-şi poată îmbunătăți controlul asupra comportamentului problematic.

Dezvoltarea capacit**ăţ**ii de autoobservare

Analizarea factorilor care stau la baza problemelor comportamentale beneficiază de pe urma dezvoltării capacității de autoobservare, care, aşa cum se menționează în Capitolul 2 („Înțelegerea factorilor psihodinamici care împiedică schimbarea comportamentului"), e considerată un aspect al mentalizării (Busch 2008).

TABELUL 6-1.Examinarea afectelor, contextului şi sensului comportamentului problematic
Dezvoltarea capacității de autoobservare Psihoeducarea acestei capacități Metafore: eşafodajul/derularea casetei video Folosirea acestei tehnici în terapie Recunoaşterea perturbărilor acestei capacități: conflicte, trăiri dureroase, traume Identificarea circumstanțelor în care apare comportamentul respectiv Explorarea evenimentelor traumatice relevante sau a celor din perioada de dezvoltare Explorarea afectelor şi a fantasmelor care preced apariția inhibiției şi a comportamentului problematic Clarificarea înțelesurilor şi a psihodinamicii care stau la baza inhibiției sau a comportamentului respectiv Identificarea multiplilor factori care contribuie la comportamentul respectiv

Monitorizarea stărilor mentale reprezintă adesea o capacitate pe care pacienții trebuie să învețe s-o folosească mai des. Această abilitate este amplificată prin abordarea terapeutului, cu ajutorul căruia identificarea experiențelor interne şi a circumstanțelor de mediu este subliniată în mod repetat. În plus, utilizarea jurnalului pentru monitorizarea contextului, a gândurilor, a sentimentelor şi a comportamentului, aşa cum este discutată în Capitolul 5

(„Stabilirea unui cadru pentru abordarea schimbării comportamentale”), se poate dovedi valoroasă.

Metaforele pot constitui căi de comunicare utile în procesul de autoobservare şi în analizarea factorilor declanşatori relevanți pentru modificarea comportamentului.

O metodă de a descrie monitorizarea stărilor intrapsihice şi a tiparelor comportamentale personale este aceea legată de noțiunea de „construire a unui eşafodaj”. Pe baza unui eşafodaj, pacienții îşi pot examina mai îndeaproape trăirile şi comportamentul în scopul identificării problemelor şi a surselor acestora, tot aşa cum un eşafodaj permite observarea mai amănunțită şi mai sigură şi accesul la o structură care are nevoie de modificări. Dezvoltarea capacităților de autoobservare şi formularea psihodinamică ajută la procesul de schimbare sau reparare a unor aspecte ce țin de sine şi de comportament. Un alt mod de a descrie această ipostază sunt comentariile pe marginea revizionării unei înregistrări video cu anumite comportamente, pentru a observa cum se simte o persoană şi cum reacționează în circumstanțele relevante. Pe baza acestei analize, noi strategii pot fi puse la punct şi testate. Ambele metafore subliniază ideea de detaşare, în scopul evaluării cu ajutorul unui eu observator.

Terapeuții şi pacienții ar trebui să fie atenți la factorii care pot perturba capacitatea de autoobservare. Aceste elemente pot include ruşinea, anxietatea, conflictele sau traumele corelate cu problematicile abordate în perioada respectivă. Perturbările în autoobservare pot funcționa şi ca o formă de apărare, de a „nu şti”, pentru evitarea gândurilor şi a

fantasmelor înspăimântătoare. Terapeuții pot atrage atenția când apare o întrerupere bruscă în autoobservare, indiciu pentru emoțiile şi conflictele care ar trebui explorate.

Vigneta următoare oferă un exemplu de examinare a trăirilor şi gândurilor domnului E. (contabilul despre care s-a discutat în Capitolul 3, „Identificarea şi gestionarea riscurilor în abordarea schimbării comportamentale"), care i-au generat tendința de a se lăsa distras şi de a amâna de câte ori intenționa să se concentreze pe sarcinile de serviciu. Terapeutul a observat prezența unei perturbări specifice a capacității de autoobservare.

Domnul E.: Ştiu că trebuie să mă concentrez pe găsirea de noi clienți, dar apoi mă las distras de alte lucruri. Cred că o să-mi ocupe doar câteva minute, iar apoi constat că pierd câte o oră sau două.

Terapeutul: Îmi poți spune mai multe despre ce se întâmplă exact? Mi-ar prinde bine să-mi dai nişte exemple concrete.

Dl E.: Sunt un idiot. Ar trebui să muncesc susținut, iar eu rămân prins în aceleaşi situații.

Această critică de sine oferă exemplul unui tip particular de interferență cu examinarea propriilor comportamente. Pacienții pot trăi un sentiment al ruşinii, anxietății sau vinovăției atât de puternic în legătură cu anumite circumstanțe din viața lor, încât capacitatea lor de a se

gândi la ele este deturnată în mod inconştient, contribuind în mod inadecvat la persistența acelui comportament. Percepția de sine foarte dură a domnului E. îi blochează instantaneu capacitatea de a evalua cu detaşare factorii generatori. Terapeutul poate identifica acest tipar şi poate explora natura sentimentelor negative ale pacientului. În câteva şedințe recente, au analizat circumstanțele din copilărie în care tatăl lui îl judeca şi critica aspru, pe el şi pe alții, situație care s-a dovedit relevantă pentru reacțiile lui actuale.

Terapeutul: De ce crezi că eşti atât de critic cu tine pentru că te laşi uşor distras de la sarcinile tale?

Domnul E.: Nu sunt sigur. Mă jenez. Ar trebui să am mai mult control.

T.: Ei bine, reacția ta este exacerbată, în termeni de autocritică. Amânarea este o problemă obişnuită şi noi încercăm să înțelegem mai multe despre cum se manifestă la tine. Poate critica intensă vine din altă parte.

Dl E.: Cum spuneam, tatăl meu era foarte critic. Poate că are o legătură cu asta.

T.: Probabil că are. Va trebui să te ajut să înțelegi mai multe despre modul în care atitudinea lui te-ar putea face să te autosabotezi şi cum interferează apoi cu concentrarea ta asupra sarcinilor de la birou.

Identificarea evenimentelor din copilărie şi a traumelor care au contribuit la comportamentele problematice

Evenimentele dureroase şi traumele din copilărie constituie adesea surse ale problemelor comportamentale. Examinarea contextului în care apar anumite probleme poate fi adesea folosită la identificarea legăturilor relevante din trecut cu aceste experienţe. De exemplu, experienţa domnului E. de a se simţi criticat şi respins de tatăl lui avea legătură cu ameninţarea pe care o simţea când lua contact cu colegii lui. Relevanţa evenimentelor negative şi traumatice, discutată mai pe larg în Capitolul 11 („Abordarea problemelor comportamentale legate de traumă şi de experienţele negative din perioada de dezvoltare"), poate fi dificil de identificat din cauza disocierii sau refulării acestor experienţe dureroase, dar poate avea o legătură puternică cu inhibiţiile comportamentale sau cu comportamentele impulsive. Identificarea acestor evenimente şi a modului în care se leagă ele de trăirile, conflictele şi acţiunile pacientului are o valoare importantă în abordarea modificării comportamentale, aşa cum este prezentat în exemplele de caz din următoarea secţiune, care include amânarea şi comportamentul furios.

Identificarea circumstanţelor, trăirilor şi sensurilor care constituie fundalul pentru comportamentul problematic: amânarea

Elaborarea contextului, a afectelor şi a sensurilor comportamentului permite dezvoltarea unui cadru pentru înțelegere şi intervenție, ca în cazul amânării de care suferea domnul E. Aceste situații şi stări emoționale acționează în mod tipic ca factori declanşatori pentru comportament, iar recunoaşterea lor ajută la identificarea factorilor de dezvoltare, a fantasmelor şi a conflictelor care pot fi abordate de terapeut. În cazul domnului E. terapeutului i-au fost relatate evenimente din copilărie, care încă îl perturbau profund pe pacient. Divorțul litigios al părinților săi, când el avea vârsta de 11 ani, l-a obligat să se mute la mama lui, împreună cu cei doi frați ai săi, într-o casă mai mică şi la o altă şcoală. Îşi amintea că, după mutare, tatăl lui n-a făcut prea mari eforturi să păstreze relația cu el. Terapeutul a reuşit să identifice relevanța acestor experiențe pentru dificultățile lui actuale în privința amânării.

Terapeutul: Cred că e important să discutăm ce anume trăieşti în momentul în care devii distrat. Mai întâi, putem analiza ce se întâmplă în interior şi ce anume declanşează lipsa de concentrare de la birou. Apoi, putem începe să construim un eşafodaj, de unde să analizăm ce anume se întâmplă şi să găsim metode să oprim asta. Ai un exemplu concret?

Domnul E.: Da. Eram pe punctul de a-mi suna un coleg căruia voiam să-i cer un sfat. Dar apoi m-am lăsat distras de gândul că medicul meu nu m-a sunat înapoi. Am început să-i scriu un e-mail ca să mă plâng şi nu mă mai opream din scris. Aşa că, până la urmă, nu mi-am mai sunat colegul şi m-am supărat foarte tare pe mine.

T.: Ce-mi povesteşti acum pare să se potrivească cu nişte probleme pe care le-am mai discutat. Te preocupă situațiile în care ceilalți nu răspund nevoilor tale, iar tu te simți nedreptățit.

Dl E.: Da, categoric. Nu înțeleg cum poate un medic să nu-ți răspundă la telefon. Dacă se întâmplă ceva grav?

T.: Ei bine, asta e o observație bună. Dar ce-ți vine în minte apropo de telefonul pe care te pregăteai tu să-l dai, ca să ceri ajutor pentru a găsi mai mult de lucru?

Dl E.: Păi nu sunt sigur că tipul la care apelez chiar o să mă ajute. De fapt, s-ar putea chiar să mă expedieze sau să mă-ntrebe de ce îl deranjez. Îmi aminteşte de ceea ce am vorbit despre tatăl meu, zilele trecute. Despre faptul că-mi era frică de el şi că mă simțeam ca o povară, ca şi când l-aş fi împiedicat să facă ce-şi dorea.

T.: Aceste reacții par să aibă legătură cu felul în care ai trăit relația cu tatăl tău când erai adolescent. Vorbeai de frica de critica lui, dar nu de faptul că-l împovărai. Mă întreb dacă simțeai şi asta.

Dl E.: Aşa cred. Părea să fie foarte implicat în noua lui viață. Era ocupat cu munca şi cu întâlnirile romantice şi, în scurt timp, chiar a întâlnit-o pe cea care avea să-mi devină mamă vitregă. Dar ştii ce? Chiar ar trebui să fiu în stare să dau telefoanele alea.

T.: De asta ne străduim să înțelegem mai multe: fiind autocritic sau ştiind că ar trebui să dai telefoanele alea nu te ajută prea mult. Atunci când eşti pe punctul de a da un telefon, apar trăiri dureroase, aşa că modul în care rezolvi tu problema e să uiți de ele sau să le amâni.

Dl E.: Da, acum recunosc că mă jenez şi mă stresez atunci când trebuie să cer ajutorul unui coleg. Mă aştept să mă expedieze.

T.: Dar colegii tăi sunt în general foarte receptivi. Reacția pe care o anticipezi tu pare să aibă mai curând legătură cu tatăl tău. Poate din cauza asta te aştepți să reacționeze aşa de negativ. Poate ai vrea să analizezi faptul că aşteptările tale sunt exagerat de negative...

Dl E.: OK, o să-ncerc să mă gândesc la asta.

Domnişoara B. (Capitolul 2) amâna mereu să-nceapă scrierea lucrărilor pentru master, plângându-se de anxietate şi presiune, care o împingeau către alte obligații. Când a fost întrebată cu ce asocia această tensiune, şi-a amintit de perioada când tatăl ei îi presa pe ea şi pe fratele ei să obțină rezultate bune la şcoală. Se înfuria când fratele ei obținea

un 9 la un test important şi le ţinea prelegeri despre cum vor rata admiterea într-una din universităţile Ivy League[6] dacă nu învaţă mai mult. Obsesia lui pentru performanţă academică a venit într-un moment când îşi schimbase locul de muncă din finanţe în domeniul afacerilor imobiliare. Cu toate astea, nu-i era uşor să vândă proprietăţi imobiliare, iar familia începuse să aibă dificultăţi financiare. Domnişoara B. considera că tatăl ei îşi dorea tot mai mult să trăiască „prin intermediul copiilor", iar asta explica de ce îi presa să obţină performanţe şcolare. Pacienta nu mai găsea plăcere în activitatea ei şcolară şi devenise preocupată şi anxioasă. Terapeutul a sugerat existenţa unei legături între redactarea lucrărilor pentru şcoală şi acea perioadă grea din trecutul ei.

Terapeutul: Se pare că, atunci când te apuci de scris, te simţi la fel cum te simţeai în acea perioadă a vieţii tale. Te simţi presată şi îngrijorată că nu eşti suficient de inteligentă şi că va fi sfârşitul lumii dacă nu scrii bine. Însă după ce începi să scrii, îţi dai seama că de fapt îţi place să scrii.

Domnişoara B.: E interesant ce spui. Pare că presiunea pe care o simt acum este aceeaşi cu cea pe care o simţeam din partea tatălui meu. Tatăl meu era obsedat de rezultatele noastre şcolare, iar asta era extrem de deranjant. Părea să înnebunească dacă nu luam 10.

---

[6] Cele mai bune universităţi americane: Yale, Princeton, Harvard, Columbia etc. (N.t.)

T.: Deci toate astea au legătură cu tiparele despre care am discutat în alte situații. Te simți obligată să renunți la nevoile tale sau la plăcerea ta ca să răspunzi la dorințele şi trăirile părinților sau ale altora. În această situație, ai fost nevoită să gestionezi sentimentul de inadecvare şi stima de sine scăzută ale tatălui tău prin obținerea de rezultate academice bune. Ai crezut că era necesar să-l salvezi, tot aşa cum ai fost nevoită să reacționezi la presiunile mamei tale legate de înfățişarea ta.

Dra B.: Da, mă tot blochez în astfel de situații. Însă nu ştiu cum să ies, odată ce mă blochez acolo.

T.: O variantă ar fi să-ți fixezi un moment în care să începi. Vom obține mai multe informații despre ceea ce trăieşti pe măsură ce se apropie momentul respectiv. Apoi putem aborda senzațiile şi gândurile care te inhibă direct. O altă variantă ar fi să ai o întrevedere cu îndrumătorul tău de curs în momentul când te hotărăşti să te apuci de scris. Asta te-ar ajuta să te simți conectată cu cineva care te sprijină, care te încurajează să scrii.

Dra B.: OK, o să încerc să fixez momentul de start şi o să văd când are timp îndrumătorul meu de curs să ne întâlnim.

Unul dintre factorii care au stat la baza recomandării terapeutului, apropo de tendința pacientei de a amâna, face referire la importanța legăturii cu o persoană de sprijin. Mulți pacienți se luptă cu senzația că sunt singuri când au

de dus o treabă la bun sfârşit şi nu se simt în stare să ceară ajutorul altora. În plus, adesea pe baza experienţelor din copilărie, se aşteaptă ca, atunci când caută sprijin, ceilalţi să nu răspundă nevoilor lor sau să fie critici şi să-i respingă. Ulilizând această formulare, terapeutul a considerat că pacienta îşi putea depăşi inhibiţia, apelând la cineva care să reacţioneze pozitiv la eforturile ei. Această relaţie ar fi adus „dovada" faptului că ea nu se regăsea în aceeaşi situaţie precum cea de dinainte. Într-adevăr, doamna B. a fost capabilă să se implice rapid în scrierea lucrărilor după întâlnirea cu îndrumătorul de curs.

Identificarea contextului, fantasmelor şi emoţiilor care declanşează comportamentul furios

Multe persoane se plâng de dificultatea de a-şi controla trăirile şi comportamentele de furie. Unii pacienţi sunt extrem de inhibaţi în exprimarea sentimentelor de furie sau nu au acces la ele, în timp ce alţii au dificultăţi în limitarea intensităţii exprimării acestei furii, manifestându-se prin ieşiri necontrolate. În mod alternativ, pacienţii pot fi ori excesiv de inhibaţi în anumite circumstanţe, ori să le lipsească controlul impulsurilor în altele. Efortul de a identifica circumstanţele, trăirile şi înţelesurile care apar în jurul furiei poate sprijini pacienţii să o exprime într-un mod mult mai eficient. Clarificarea factorilor declanşatori poate ajuta pacienţii la crearea unui spaţiu de pauză şi de reflecţie înainte de a acţiona.

Doamna F., asistenta medicală de 48 de ani despre care am discutat în Capitolul 3, se lupta de mulți ani cu cerințele fiului ei, care îi provocau sentimente de anxietate şi vinovăție şi presiunea de a a-i satisface aceste nevoi. Pe parcursul terapiei sale, ea a devenit tot mai conştientă de furia la adresa lui în astfel de circumstanțe. Ba mai mult, la început furia a izbucnit într-un mod atât de intens, încât ea a spus că nici nu mai era în stare să gândească. A trecut de la incapacitatea de a-i face observație fiului ei la comentarii care se dovedeau mult mai severe şi dureroase decât intenționase. De exemplu, îi spunea că e un copil îngrozitor. Terapeutul şi pacienta au analizat factorii declanşatori ai acestor sentimente, printre care şi critica dură a fiului la adresa ei şi refuzul agresiv de a face ce i se cerea. Au luat în calcul istoricul ei şi, mai ales, modul în care ea se simțea obligată să răspundă nevoilor părinților săi, în timp ce le evita pe ale ei şi simțea că orice manifestare a furiei față de aceştia era ineficientă şi inutilă. Terapeutul a lucrat cu doamna F. ca s-o ajute să identifice ce anume gândea atunci când se înfuria, scopul fiind acela de a gestiona mai eficient situația. Terapeutul a folosit conceptul de derulare a casetei video, ca s-o încurajeze pe doamna F. să analizeze ce se întâmpla când i se declanşa furia.

Doamna F.: Am fost atentă la ce anume mă înfuria şi am revăzut totul ca pe o casetă, aşa cum ați sugerat. Am conştientizat faptul că este vorba de lipsa lui de empatie şi de asumare a responsabilității atunci când ne certăm. De exemplu, dacă are nevoie să-l duc undeva cu maşina, iar eu îl refuz pentru că mă întâlnesc cu un prieten, mi-ar reproşa că nu-i susțin viața socială.

Terapeutul: Îți înțeleg frustrarea în situația respectivă. Ce crezi că te opreşte să ai o discuție cu el pe tema asta?

Dna F.: Orice aş spune, el combate. Nu-şi asumă nicio responsabilitate pentru propria contribuție într-o ceartă. Deci dacă îl refuz pentru că mă întâlnesc cu un prieten, îmi reproşează că sunt egoistă.

T.: Cred că abilitatea ta de a defini mai clar ceea ce te înfurie ne oferă nişte indicii despre cum să gestionezi mai bine conflictul cu el. Poate încerci să-i arăți atunci când e calm că, dacă nu-i poți da ce-ți cere, se enervează foarte repede şi nu poate înțelege lucrurile din perspectiva ta.

Dna F.: De acord. Bine, nu sunt sigură că strategia asta va funcționa, nici măcar atunci când e mai calm. Şi s-ar putea să-l enerveze din nou.

T.: E posibil. Însă cred că eşti deja obişnuită cu tensiunile pe care le simțeai în relația cu părinții tăi. Te acuzau pe nedrept şi nu erau deschişi la discuții. Prin urmare, cred că tu presupui că şi Sam va proceda mereu la fel.

Dna F.: Păi şi el se comportă aşa de mai demult, deci mă aştept mereu la o ceartă.

T.: Da, sunt sigur că şi asta contribuie.

Utilizând metafora derulării casetei video, capacitatea doamnei F. de a observa ce anume îi declanşează furia şi ce anume trăia când se înfuria a dus la o înțelegere mai clară a ceea ce o înfuria din ce spunea fiul ei, din ce motiv şi ce factori din copilăria ei au contribuit la reacția respectivă. Această înțelegere a oferit un cadru care lipsise atunci când ea izbucnea furios, în timpul certurilor cu fiul ei. Terapeutul i-a sugerat să vorbească cu fiul ei şi atunci când nu erau implicați într-o altercație. De multe ori când apare comportamentul problematic, persoanele implicate evită să discute între episoadele conflictuale. O parte din această evitare s-ar putea baza pe îngrijorarea de a nu „clătina barca", atingând o zonă de potențial conflict atunci când tensiunile ating punctul maxim. Aceste îngrijorări ar trebui explorate, căci abordarea problemelor atunci când tensiunile se diminuează reprezintă adesea o intervenție valoroasă pentru modificarea comportamentală.

Identificarea factorilor dinamici care contribuie la comportamentul problematic

Utilizând informația despre context şi emoții, terapeutul îşi ajută pacientul să identifice factorii dinamici care contribuie la comportamentele problematice, lucrând la dezvoltarea unui cadru necesar înțelegerii şi intervenției. Aceşti factori includ fantasmele inconfortabile sau înspăimântătoare, conflicte intrapsihice şi mecanismele de apărare. De exemplu, în cazul domnului E., terapeutul şi pacientul au discutat relevanța criticii şi a lipsei de atenție din partea

tatălui în copilărie pentru aşteptările negative referitoare la colegi. În plus, amânarea funcționa parțial ca mecanism de apărare împotriva anxietății dureroase de a fi etichetat ca necorespunzător. Vigneta de mai jos oferă informații suplimentare din istoria de viață a pacientului, ajutând la elaborarea unei formulări psihodinamice.

În cursul terapiei, domnul E. devenise mai atent la momentele în care simțea nevoia să amâne un telefon care îl ajuta să găsească noi oportunități de afaceri, ceea ce i-a permis să înțeleagă mai bine ceea ce trăia:

Domnul E.: Acum sunt conştient de această cauză a rezistenței mele de a da telefoane. Doar că nu cred că ar trebui să fiu obligat s-o fac. Cred că alții ar trebui să aibă grijă de mine.

Terapeutul: Şi cum anume interpretezi asta?

Dl E.: Cred că nu e corect să fiu nevoit să fac toate aceste eforturi, când este atât de stresant pentru mine să-mi construiesc afacerea. Pare că de alții, lumea are grijă. Ori nu au probleme financiare, ori au conexiunile necesare care le aduc contracte.

T.: Te referi la oamenii din interior şi din exterior? Ai impresia că anumite persoane au conexiuni şi bani.

Dl E.: Da. Şi recunosc că am şi eu, de fapt. Adică am membri ai familiei care mă pot ajuta. Iar soția mea lucrează. Însă eu tot prost mă simt, iar asta mă scoate din minți.

T.: Cred că e foarte important să fii conştient de senzația de nedreptate şi de dorința ca alții să aibă grijă de tine, căci aceste sentimente contribuie la dorința ta de a te revolta împotriva eforturilor depuse la serviciu. Cred că amânarea este o modalitate de exprimare indirectă a furiei. Şi cred că se combină cu lipsa de atenție. Adesea nu eşti conştient când se manifestă. Dacă înțelegem mai multe despre ea, îi poți limita impactul. Se pare că trăirile tale sunt reminiscențe ale divorțului părinților tăi şi ale faptului că a trebuit să locuieşti împreună cu mama ta.

Dl E.: Asta aşa e. S-a întâmplat pe vremea când aveam 11 ani, o vârstă vulnerabilă. M-am mutat dintr-un loc unde aveam un stil de viață sofisticat în altul unde lucrurile stăteau cu totul altfel. Mama ne-a spus foarte clar că trebuia să fim atenți la fiecare bănuț. Cred că se certa cu tatăl meu pe tema pensiei alimentare. Iar tatălui meu nu-i prea păsa de mine. Îi acorda mai multă atenție fratelui meu, care era sportiv.

T.: Deci senzația de nedreptate apare şi atunci când te gândeşti la ce aveai înainte şi din gelozia față de alții, care au mai mult.

Dl E.: Da. Şi când mă gândesc la ce avea tatăl meu. La vremea respectivă, nu mă gândeam aşa. Îmi imaginam cum prietenii mei, care îmi lipseau, se bucurau de o parte din

lucrurile la care avusesem şi eu acces. Şi nu-mi plăcea nici noua şcoală la care mergeam. Nu cunoşteam pe nimeni şi nu mă potriveam în peisaj. Eram foarte supărat.

T.: Un lucru e foarte clar: încă eşti foarte supărat. Parţial, ăsta este motivul pentru care îţi imaginezi că nu vei face rost de contracte: pentru că nu eşti conectat. Iar pe de altă parte, consideri că ţi se cuvine!

Dl E.: Ai dreptate. Nu prea e realist.

T.: Deci este important să fim atenţi la aceste trăiri şi idei care interferează cu eforturile tale de a găsi noi oportunităţi profesionale, pentru că a nu găsi mai mult de lucru te face să te simţi şi mai frustrat şi lipsit de resurse.

Dl E.: E adevărat. Totuşi am insistat şi am fixat o întâlnire.

T.: Ăsta e un exemplu foarte încurajator pentru felul în care ai folosit aceste informaţii.

În acest moment al analizei, terapeutul i-a oferit pacientului o formulare preliminară, sugerând că aşteptările domnului E. de a fi ignorat şi criticat îşi aveau originea în copilăria lui. Experienţele domnului E. şi percepţiile asociate lor contribuiau la senzaţiile lui de inadecvare şi la furia lui împotriva celorlalţi, care-l presau la serviciu. Amâna ca să nu se simtă jenat sau atacat, ca un mecanism de apărare, iar acest comportament exprima în mod indirect furia sa

față de cei pe care îi credea responsabili de această presiune. Faptul că se lăsa distras s-a dovedit a-i exacerba senzațiile de inadecvare şi de furie, distragerea interferând cu abilitatea lui de a-şi dezvolta afacerea. Facilitând recunoaşterea şi acceptarea sentimentelor sale de inadecvare şi de furie, acest cadru poate fi folosit pentru a ajuta pacientul să-şi evite tendința de a amâna.

Aşa cum s-a discutat mai devreme în acest capitol, doamna F. se lupta cu propriile sentimente față de părinții ei, contribuind, astfel, la apariția tensiunilor dintre ea şi fiul ei. Doamna F. se simțea presată să se supună nevoilor părinților ei, aşteptându-se să fie aspru criticată sau abandonată dacă nu se conforma. Şi-a reprimat furia față de ei, crezând că, dacă şi-ar fi manifestat-o, ei ar fi respins-o sau i-ar fi înfuriat. Într-o oarecare măsură, l-a aşezat pe fiul ei în postura părinților, închipuindu-şi că, dacă nu îi satisfăcea nevoile, va fi atacată. Dacă se simțea furioasă şi încerca să-i impună limite, se considera dură şi distructivă, aşa cum fuseseră părinții ei cu ea, o formă de identificare cu agresorul. Acest cadru a ajutat-o să clarifice factorii care au dus la dificultățile ei în gestionarea furiei.

Doamna F.: Cred că un alt motiv pentru care sunt speriată de furia mea față de el este că mă tem să nu fie prea vulnerabil.

Terapeutul: Dar ce crezi că s-ar putea întâmpla?

Dna F.: Nu sunt sigură. Dacă nu i se face pe plac, se supără foarte tare!

T.: Ei bine, mă-ntreb dacă s-ar supăra chiar atât de tare pe cât te aştepți dacă îi impui şi respecți nişte limite. Nu prea înțeleg exact ce fel de neplăceri anticipezi tu. Se pare că poate gestiona limitele care i se impun la şcoală.

Dna F.: E adevărat. Deşi, ocazional, se mai contrazice cu profesorii.

T.: Dar nu a fost niciodată pedepsit pentru asta. Cred că, pe de o parte, îl priveşti la fel ca pe părinții tăi şi te temi de respingerea lui când te înfurii. Cu toate acestea, o altă parte din tine se teme să nu-l rănească atunci când te înfurii sau când îi impui limite. E important să-ți înțelegi aceste frământări, pentru că altfel ajungi să fii derutată şi stresată.

Dna F.: Cred că ştiu ce vrei să spui. Aş vrea să înțeleg mai multe despre diferitele părți din mine. Cred că atunci m-aş teme mai puțin şi aş putea rezolva situația asta mai bine.

Lărgirea cadrului prin examinarea multiplilor factori contributivi

O parte din persistența comportamentului problematic decurge din existența multiplelor funcții şi factori

contributivi, la fel ca în cazurile de mai sus. Clinicienii ar trebui să fie conştienți că vor identifica posibili factori adiționali abia după o formulare psihodinamică inițială şi ar trebui să fie atenți în special la absența schimbării după ce a fost identificat factorul declanşator al unui anumit comportament şi după ce au fost sugerate acțiuni alternative. O examinare neîntreruptă a contextului, a emoțiilor şi a sensurilor care stau la baza problemelor comportamentale ajută la continuarea elaborării formulării fantasmelor, conflictelor şi factorilor din perioada de dezvoltare. Acest efort, care face parte din procesul de perlaborare (pentru descriere, vezi Capitolul 4, „Utilizarea tehnicilor psihodinamice în abordarea schimbării comportamentale"), ajută la dezvoltarea aspectelor adiționale de intervenție pentru evitarea comportamentelor problematice.

Exemplu de caz

Doamna Q., o terapeută în vârstă de 69 de ani, îşi descrie frustrarea generată de lipsa de reacție a copiilor ei, cărora le ceruse mai mult sprijin, acum, că îmbătrânea. Pe parcurs, a reieşit însă că nu le explicase exact care erau nevoile ei, cum ar fi, de exemplu, să fie asistată în anumite activități. A fost identificată frica ei de a-şi exprima furia, fapt care o împiedica să-şi discute îngrijorările şi frustrările cu ei (vezi Capitolul 7, „Identificarea comportamentelor alternative"). Deşi acum se simțea mai capabilă să-şi exprime furia, aceasta nu a ajutat-o să-şi schimbe comportamentul. Continuând analizarea contextului şi trăirilor, terapeutul şi doamna Q. au reuşit să stabilească faptul că ea trăia un

conflict în ceea ce privea comunicarea către ei a propriilor nevoi, în parte din cauza experiențelor din copilărie şi incapacității de a cere ajutor.

Doamna Q.: Sunt încă frustrată de faptul că propriii mei copii nu-şi dau seama că eu îmbătrânesc şi că am nevoie de mai mult sprijin. Nu mă întreabă cum îmi merge sau dacă am nevoie de ceva.

Terapeutul: Îmi amintesc că am mai discutat asta şi că am descoperit faptul că te temi să nu te înfurii prea tare pe ei. Urma să stabiliți o întâlnire, ca să-ți discuți nevoile şi ca să le spui cum te simți. Ce s-a întâmplat când ai încercat să faci asta?

Dna Q.: Ei bine, este adevărat că am încercat să stabilesc o întâlnire. Aproape că uitasem. Gândindu-mă la asta, îmi dau seama că e dificil pentru mine să abordez subiectul, pentru că mă simt vulnerabilă să vorbesc despre faptul că îmbătrânesc. Întotdeauna am fost independentă. Am arătat foarte clar că nu am nevoie de ajutor.

T.: De ce crezi că ai procedat aşa?

Dna Q.: A trebuit mereu să am grijă de mama mea, care se panica mereu pentru sănătatea ei şi făcea o catastrofă din asta. Aproape că devenisem eu mama, iar ea copilul. Cred că am crescut prea repede. Şi nu am vrut să le fac asta şi copiilor mei!

T.: Însă acum chiar îți dorești mai mult sprijin, doar că trăiești o stare conflictuală în legătură cu acest lucru. Pari să pui semnul egalității între a cere ajutorul și a te purta la fel ca mama ta. Nu le-ai spus că ai nevoie de ajutor, iar ei nu sunt obișnuiți să se poarte în acest fel cu tine. Trebuie să aflăm mai multe despre frica ta de a fi vulnerabilă, iar tu va trebui să găsești o modalitate de a le spune și lor ce ajutor ți-ar trebui.

Dna Q.: Nu prea știu cum să fac asta.

T.: Eu cred că tu ai o idee despre cum să abordezi situația asta. Îmi spuseseși deja că aveai de gând să discuți despre problemele medicale și ce fel de ajutor ți-ar trebui din partea lor. Cred c-ar fi o idee bună să stabilești întâlnirea și să fii atentă la eventuala nevoie de a o anula.

Dna Q.: Cred că sunt îngijorată că mi-aș pierde independența. Am o prietenă a cărei fiică face totul pentru ea. Doar că ei îi convine situația.

T.: Cred că tocmai asta e una dintre probleme. Ai tendința să te gândești la situația ta în termeni de totul sau nimic. Ori ești complet neajutorată, așa ca mama sau prietena ta, lipsită de independență, ori ești complet independentă și nu ceri niciun ajutor.

Dna Q.: Am observat că mă sperii și am tendința să văd totul în alb și negru. Apoi evit situația. O să vorbesc din nou cu ei despre programarea întâlnirii. Dacă mă surprind

încercând să amân din nou, o să văd ce altceva mai apare şi mai putem vorbi pe tema asta.

O formulare şi un cadru mai extins au oferit o înțelegere mai complexă şi o gamă mai largă de intervenții pentru dificultatea pacientei de a cere ajutorul copiilor. Acest exemplu demonstrează şi valoarea identificării unui obiectiv comportamental alternativ, de exemplu o întâlnire cu copiii, aşa cum va fi prezentat în capitolul următor. Dacă pacienta intenționează să-şi schimbe comportamentul, dar nu o face, terapeutul poate analiza ce anume a împiedicat-o să găsească o alternativă, în acest caz particular fiind vorba de frica de a deveni vulnerabilă şi de a-şi pierde independența.

Referinţe

Busch F.N. (coord): Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2008

7

Identificarea comportamentelor alternative

Distanțându-se semnificativ de psihoterapia tradițională psihodinamică, terapeutul care vizează modificarea comportamentului lucrează împreună cu pacientul la identificarea comportamentelor alternative. Aceste abordări includ discutarea utilizării unor acțiuni specifice sau a unor „scenarii" în gestionarea problemelor cu ceilalți. Pe lângă dificultățile comportamentale cauzate de conflictele intrapsihice şi de alți factori dinamici, e posibil ca pacienții să nu fi fost expuşi unor strategii eficiente pentru gestionarea problemelor în relațiile de ataşament apropiat. Adesea, ei au crescut în circumstanțe în care furia şi nevoile erau prost gestionate sau în care se practica învinovățirea sau ruşinarea unor membri ai familiei. Sugerarea unor intervenții potențiale poate ajuta la construirea unui repertoriu de strategii care să uşureze conflictele interpersonale şi care să le permită pacienților să înțeleagă că acest lucru este posibil. Relația terapeutică oferă şi un model despre cum să vorbeşti despre probleme şi trăiri intense fără să fii criticat sau judecat.

La fel ca în cazul altor intervenții sugerate în această carte, luarea în calcul a comportamentelor alternative mai curând ajută decât perturbă terapia psihanalitică. O înțelegere a dinamicilor care contribuie la comportamentele problematice poate ajuta la identificarea strategiilor de schimbare, iar discutarea posibilelor alternative poate oferi noi conştientizări.

TABELUL 7-1. Identificarea comportamentelor alternative
Folosirea abordării colaborative Exemple de comportament Fixarea de limite Abordarea directă a problemelor, împreună

cu ceilalți Utilizarea scenariilor

Analizarea de noi opțiuni permite explorarea directă a factorilor care interferează cu aplicarea modificărilor comportamentale (vezi Capitolul 8, „Identificarea factorilor care perturbă implementarea comportamentelor alternative”). Nu există reguli fixe pentru identificarea alternativelor, iar terapeuții lucrează de obicei împreună cu pacienții pentru a le stabili. Acest capitol descrie exemple de posibile strategii comportamentale şi de folosire a scenariilor.

Utilizarea abordării colaborative

Fixarea de limite

Fixarea de limite, discutată în cele ce urmează în Capitolul 10 („Implicarea pacientului în abordarea problemelor comportamentale specifice”), este o zonă obişnuită a dificultăților de comportament. Adesea, pacienții nu ştiu cum să le fixeze limite celorlalți într-un mod care să nu fie excesiv de timid sau excesiv de dur. Dificultățile de gestionare a furiei şi a anxietății se manifestă adesea ca factori care contribuie la aceste dificultăți, pentru că pacienții se tem să nu fie ostili sau să nu-i înfurie pe ceilalți. Pacienții beneficiază de pe urma sugestiilor de strategii pentru stabilirea fermă, dar nu rigidă, a unor granițe. În

exemplul de caz care urmează, doamna R. întâmpina dificultăți în gestionarea comentariilor şi trăirilor furioase care alternau cu o atitudine excesiv de permisivă față de copiii ei, însă nu era conştientă de această alternanță. Terapeutul a sugerat o serie de limite clare, cu potențiale consecințe în cazul în care n-ar fi fost urmate, însă a propus prezentarea lor într-un mod în care să nu fie excesiv de ofensiv.

Exemplu de caz

Doamna R., asistent juridic în vârstă de 48 de ani, se străduia să gestioneze frustrările generate de copiii ei, aflați la vârsta studenției, băiat şi fată. Îi considera leneşi şi nepăsători. Credea că niciunul dintre ei nu-şi va găsi serviciu şi că vor trăi „veşnic" în casa părintească, menținând, în acelaşi timp, o atitudine ursuză față de ea. Era frustrată de lipsa lor de implicare în treburile casei şi de ignorarea regulilor impuse de ea în ceea ce priveşte curățenia sau ora la care se dădea stingerea. Alterna între amenințările cu tăierea fondurilor şi cu aruncarea lor în stradă şi o atitudine excesiv de tolerantă. Doamna R. nu avea idee în ce măsură contribuia furia ei la atitudinea copiilor față de ea şi față de responsabilitățile care le erau atribuite.

Terapeutul: Cred că s-ar putea să nu-ți dai seama că, atunci când nu abordezi o anumită problemă o vreme, ei ar putea trage concluzia că e în regulă dacă îşi păstrează aceeaşi

atitudine. Iar apoi tu te înfurii când observi asta, iar atitudinea ta devine foarte dură. Una e să abordezi problemele din comportamentul lor, şi cu totul altceva să-i ameninţi că nu le mai dai de mâncare şi că-i dai afară. Cred că s-ar putea să nu-ţi dai seama cât de rău te înfurii, iar modul în care te manifeşti exacerbează tensiunile dintre voi.

Doamna R.: Da. Mă simt de parcă nu le-ar păsa deloc de mine. Şi mă simt neajutorată. Ce altceva ar putea avea efect dacă nu-i ameninţ că-i dau afară? O să-mi rămână în continuare pe cap.

T.: Cred că trebuie să înţelegem mai multe despre motivul pentru care te simţi lipsită de speranţă în legătură cu ei. Se străduiesc să-şi facă temele, să-şi caute de lucru sau să respecte regulile, însă trebuie să înţelegem mai multe despre motivul pentru care tu crezi că toate astea sunt inutile. Putem discuta mai multe modalităţi de a gestiona situaţia. Una ar fi să identificăm o serie de paşi pe care ar trebui să-i aplice, cu asumarea mai multor consecinţe clare în caz contrar. O altă variantă ar fi să încerci mai multe abordări pozitive, cum ar fi să mâncaţi împreună la prânz şi să discutaţi despre planurile lor.

Dna R.: Aş fi bucuroasă să discut despre aceste variante, dar nu sunt sigură că ar fi eficiente.

Doamna R. a vorbit despre mediul în care a crescut ea, şi unde fusese considerată cea mai rebelă din familie. Părinţii ei au divorţat când ea avea 8 ani. Erau extrem de implicaţi

în propriile activități: tatăl ei în afaceri, iar mama ei în evenimente sociale. Doamna R. considera că încălca regulile în primul rând ca să atragă atenția părinților, ceva ce nu putea obține altfel. În ciuda acestui fapt, această sfidare i-a adus doar foarte puțină atenție, cu consecințe minime, după care s-a simțit din nou ignorată. În timp, şi-a dat seama că se lupta cu o furie neputincioasă împotriva părinților.

T.: Mă întreb dacă, într-o oarecare măsură, această situație îți aminteşte de propria ta rebeliune frustrată şi căutare a atenției, iar copiii tăi, de propriii tăi părinți, nepăsători la preocupările tale. Te simți blocată, dar modul în care îți exprimi sentimentele nu face decât să vă îndepărteze şi mai mult.

Dna R.: Aşa s-ar părea. Mi-ar plăcea să vorbim mai mult pe tema asta.

T.: Sunt de acord. Iar între timp, sugestiile pe care le fac îți oferă mai multe oportunități de a comunica cu ei şi de a le răspunde, exact ceea ce simțeai că ți-a lipsit atât de mult în adolescență şi în anii de facultate.

Dna R.: OK. Am încercat să folosesc mai mult aceste strategii. Au fost de acord să ieşim în oraş la cină şi să vorbim despre lucrurile astea. Am fost surprinsă.

Mai multe informații despre pacient se pot obține prin evaluarea modului în care ceilalți reacționează la

comportamentul lui. Când terapeutul i-a sugerat inițial doamnei R. să aibă o discuție pozitivă cu fiul său despre planurile lui, frustrarea ei a devenit şi mai vizibilă.

Doamna R.: Nu cred c-ar ajuta. Nu cred că o să-şi găsească serviciu. N-a lucrat niciodată înainte de facultate.

Terapeutul: Şi ce te face să crezi că asta ar însemna că nu şi-ar lua un serviciu acum?

Dna R.: Faptul că nu a manifestat vreun interes. Iar dacă stă acasă, precis nu va contribui la plata chiriei. Nu există nicio modalitate să-l oblig să muncească. Va trebui să-l forțez să plece.

T.: La un moment dat, îl poți anunța că, dacă vrea să stea cu tine, va trebui să-şi caute un serviciu.

Dna R.: Cred că va refuza. Iar eu nu ştiu ce voi face...

T.: Eu cred că ăsta e un scenariu de tip catastrofă. Nu spun că nu s-ar putea întâmpla. Însă şi-ar putea găsi un serviciu după ce termină şcoala sau după ce îi explici că trebuie s-o facă, dacă vrea să mai locuiască cu tine. Tu deja eşti convinsă că te vei certa cu el pe tema mutării. Cred că trebuie să înțelegem mai multe despre motivul pentru care îl vezi aşa. Pe cine crezi că reprezintă el, de fapt? Nu cumva pe părinții tăi, atunci când erau absorbiți de propriile activități şi erau prea absenți sau prea critici cu tine?

Dna R.: Nu ştiu. Mie nu mi se pare că privesc lucrurile într-o lumină prea sumbră. Mi se pare că exact aşa arată situaţia. Dar înţeleg ce spui. Într-un fel, părinţii mei şi-au ignorat responsabilităţile faţă de mine, aşa cum simt că fac şi copiii mei.

Prin recunoaşterea propriei lipse de speranţă, care o determină să elimine alternativele posibile şi să anticipeze un rezultat negativ al eforturilor sale, se conturează un exemplu de discuţie a opţiunilor comportamentale şi de dezvoltare a unei înţelegeri psihodinamice. Identificarea sursei acestei lipse de speranţă în experienţele sale din copilărie a ajutat-o să recunoască existenţa unui mai mare potenţial de a schimba situaţia cu copiii ei.

Abordarea directă a problemelor

Mulţi pacienţi au dificultăţi în a-şi discuta direct îngrijorările cu ceilalţi. Se tem să nu fie prea ofensivi cu ceilalţi, se tem că ceilalţi îi vor respinge, că relaţia se va întrerupe sau că li se va răspunde într-un mod inadecvat. Iniţial, terapeutul îşi poate încuraja pacienţii să-şi abordeze îngrijorările prin noi comportamente şi apoi să evalueze ce-i împiedică să le aplice. În cele din urmă, dacă pacienţii continuă să aibă dificultăţi în a aplica noi variante de comportament pentru gestionarea unei probleme persistente, ar putea beneficia de pe urma discutării unor posibile scenarii (vezi mai jos). La fel ca în alte domenii ale sugestiilor comportamentale, terapeutul conştientizează că abordarea directă a

problemelor e o sarcină delicată, iar cei doi nu pot avea certitudinea celei mai bune abordări sau a reacției altor persoane implicate. Însă a lăsa o situație aşa cum este se poate dovedi insuportabil emoțional pentru pacient sau distructiv pe termen lung. În exemplul de mai jos, terapeutul îşi încurajează pacientul să-şi discute problemele de la birou cu şeful lui, cu ajutorul informației dinamice.

Exemplu de caz

Domnul S. este un om de afaceri în vârstă de 43 de ani, aflat în terapie şi sub tratament cu Escitalopram, pentru anxietate şi depresie. Era extrem de îngrijorat de o situație nou apărută la serviciu, care îi cerea să lucreze separat de restul echipei sale, în alt oraş. Era nelinişt it şi frustrat că nu primea suficient sprijin şi informații de la coechipieri. Considera că terapia nu-i era de prea mare ajutor, până când a avut o „revelație" despre cât de neglijat se simțise de părinții lui şi cât de mult contase acest lucru în acceptarea abuzurilor sau indiferenței din partea celorlalți. S-a prezentat la şedința descrisă mai jos, plângându-se de oboseală şi de lipsa motivației.

Domnul S.: Serviciul merge bine, dar de curând m-am împotmolit în rezolvarea unei însărcinări. Mi-ar prinde foarte bine ajutorul altora, însă mi-e foarte greu să-l obțin. E foarte frustrant.

Terapeutul: De când durează această situație?

Dl S.: De câteva săptămâni.

T.: Mă întreb în ce măsură poate fi oboseala corelată cu frustrarea.

Dl S.: E posibil să fie, pentru că am traversat o perioadă foarte dificilă.

T.: Ai abordat problema cu şeful tău?

Dl S.: Întrucâtva. Însă nu am primit prea multe răspunsuri.

T.: Mă întreb cât din toate acestea are legătură cu modul în care te-ai simțit neglijat în copilărie. Mă întreb dacă n-ar trebui să-ți amplifici eforturile ca să-i determini pe ceilalți să te susțină. I-ai putea spune şefului că nu primeşti sprijinul de care ai nevoie, iar el te-ar putea ajuta cu asta.

Dl S.: Da, poate că ar trebui să vorbesc mai mult cu şeful meu.

T.: Ți se pare dificil?

Dl S.: De vechile obiceiuri se scapă greu. Crescând, am învățat că trebuie să încerc să gestionez problemele de unul singur.

T.: Nu cumva ai impresia că, şi dacă vei vorbi cu şeful tău, oricum nu vei primi ajutor?

Dl S.: Ba da.

T.: Oboseala ta pare să aibă legătură cu blocajul tău din relația cu părinții, de la care nu primeai sprijin. Poate chiar efortul de a vorbi cu şeful tău te va face să te simți mai bine.

Dl S.: Bine. Adevărul e că pare pertinent ce spui. O să încerc să-i vorbesc.

O altă componentă care a ieşit la iveală în terapia domnului S. a fost că oboseala şi motivația scăzută îl apărau contra furiei şi fantasmelor îndreptate către părinții lui şi către ceilalți care îl neglijau. Înțelegerea acestei furii şi o mai bună gestionare a ei l-au ajutat să se simtă mai în siguranță în abordarea împreună cu ceilalți a sentimentului că este neglijat.

Utilizarea scenariilor

Aşa cum s-a menționat anterior în capitolul de față, în acest tip de terapie comportamentală dinamică poate fi util uneori să le oferim pacienților „scenarii" care conțin anumite sugestii depre ce ar trebui să spună pacientul sau cum ar trebui să se comporte într-o situație dată. Adesea, scenariul

este util pentru că pacienților le este dificil să identifice sau să rețină comentariile care ar putea fi eficiente în gestionarea dificultăților interpersonale, dificultăți ce provin fie din istoricul lor, fie din conflictele intrapsihice şi anxietate. Aceste scenarii sunt inspirate din situaţiile personale de viață ale pacienților şi din dinamicile lor, dar şi din experiența personală a terapeutului în gestionarea relațiilor. Terapeutul şi pacienții ar trebui să stabilească faptul că rezultatul aplicării acestor scenarii este incert şi că pacienții au libertatea să nu aplice un eventual scenariu sugerat de terapeut. Găsirea de alternative reprezintă un efort colaborativ, în care pacientul este încurajat să ia în calcul alte modalități de exprimare a unor comentarii sau idei similare.

Reacția pacientului la sugestia de a lua în calcul un anumit scenariu este valoroasă şi poate ajuta la identificarea dinamicilor şi conflictelor lui. Discutarea unui anumit scenariu poate provoca anxietate, căci afirmațiile pe care le conține exprimă de obicei lucrurile de care se teme pacientul, cum ar fi, de exemplu, un comentariu asertiv. Uneori este util pentru terapeut sau pentru pacient ca acesta din urmă să-şi noteze o anumită sugestie, căci s-ar putea ca pacientul să nu şi-o mai amintească după şedință, adesea din cauza unui conflict intrapsihic. Rezistența sau evitarea aplicării materialului conținut de un anumit scenariu, chiar şi atunci când pacienții sunt animați de cele mai bune intenții, reprezintă o bună ocazie de a analiza fricile.

Exemplu de caz

Doamna F. (vezi Capitolele 3 şi 6) întâmpină adesea dificultăți în trasarea de limite fiului ei şi este întoarsă pe dos de comentariile sale agresive.

Doamna F.: Mă înfurie mereu. La început, discutăm rezonabil despre ce anume îşi doreşte. Însă apoi începe să țipe şi să mă acuze că nu-l iubesc şi că nu-mi pasă de el. Asta mă destabilizează foarte tare.

Terapeutul: Cred că ai trecut prin asta de nenumărate ori. Ştiu că încă te lupți cu faptul că eşti acuzată şi cu vinovăția. Însă cred că acum este important să precizăm ceva despre acuzațiile lui că nu-l iubeşti sau că nu-ți pasă de el. Poți să-l asiguri că nu este adevărat şi că regreți că asta crede el, dar că nu ai de gând să te răzgândeşti în privința unei anumite limite doar pentru că el afirmă toate astea.

Dna F.: Pare o idee bună, dar s-ar putea să fie greu s-o aplic, pentru că sunt foarte uşor de provocat.

T.: Din acest motiv cred că ar fi util pentru voi să discutați asta înainte să vă treziți prinşi într-un conflict. Ai putea să-ți iei şi notițe, căci îți este greu să-ți aminteşti toate astea în mijlocul unei dispute.

Dna F.: Da, cred că o să-mi notez comentariul pe care mi-l sugerezi. Mă enervez atât de tare, încât nu mai ştiu ce să spun.

Exemplu de caz

Doamna Q. (vezi Capitolul 6) nu ştia cum să-şi exprime frustrarea față de fiica ei în legătură cu ceea ce ea simțea a fi neglijare, lipsă de interes sau indisponibilitate de a-i fi un sprijin acum, la bătrânețe. Pacienta recunoştea că întâmpina dificultăți de comunicare când avea nevoie de ajutorul fiicei, iar asta ar fi putut contribui la problemă. Totuşi, se lupta cu furia față de fiica ei, ceea ce era posibil să contribuie şi la ambivalența ei în ceea ce privea confruntarea directă. În plus, modul în care plănuia să abordeze problema era de obicei unul foarte furios, iar terapeutul şi pacienta erau îngrijorați că exista riscul s-o înstrăineze pe fiica ei.

Doamna Q.: Sunt aşa de frustrată de comportamentul ei! Simt că nu-i pasă de mine. Mă ignoră. Şi n-o interesează starea sănătății mele. Cred că va trebui să-i vorbesc despre asta.

Terapeutul: Îți înțeleg frustrarea, deşi deja am vorbit despre modul în care amândouă alimentați conflictul şi că, de fapt, fiica ta îşi petrece timpul cu tine. Dar ce anume i-ai spune?

Dna Q.: I-aş spune că nu cred că vrea să petreacă timp cu mine şi că nu are niciun cuvânt bun pentru mine şi că aş vrea să înțeleg de ce.

T.: Ei bine, mă tem că fiica ta ar putea lua asta ca pe o acuzație şi s-ar putea simți judecată. S-ar putea enerva.

Dna Q.: Probabil că ai dreptate. Ce ai sugera?

T.: Mai curând, să-i spui că simți că nu vrea să stea cu tine şi că te întrebi ce anume o deranjează sau că ai vrea să-i vorbeşti mai mult despre problemele tale de sănătate, dar că ți-e greu şi că eşti îngrijorată că ea n-ar vrea să discute despre asta.

Dna Q.: Asta deja sună mult mai bine. Ai putea să-mi notezi asta pe ceva?

T.: Sigur că da. Dar cred că îți este dificil să-ți gestionezi şi să-ți controlezi furia şi că o percepi mai mult ca pe mama ta: adică trebuie să te îngrijeşti de nevoile ei în loc să-ți exprimi tu îngrijorările. Apoi te înfurii, pentru că ai impresia că te ignoră, exact ca mama ta.

Dna Q.: Da, mama mea se plângea mereu că e bolnavă, iar eu trebuia s-o calmez mereu. Era foarte enervant. N-am vrut să-mi expun niciodată fiica la aşa ceva.

T.: Ei bine, poate c-ai mers prea departe evitând să-ți discuți vreodată problemele cu ea. Apoi tot tu te înfurii când ea nu te întreabă despre ele.

Dna Q.: Da. E posibil. Poate am putea nota sugestiile tale. Aş vrea să mă uit peste ele înainte să vorbesc cu ea.

T.: Cred că ar fi o idee bună.

La fel ca în Capitolul 5 („Stabilirea unui cadru pentru abordarea schimbării comportamentale"), notarea alternativelor comportamentale, alături de fricile de a le aplica şi de reacţia anticipată a altora, ar putea fi o formă valoroasă de temă pentru acasă atunci când se urmăreşte schimbarea comportamentului. Această abordare le este în mod special utilă pacienţilor care „se deconectează", o formă inconştientă de disociere, menită să evite distresul provocat de abordarea problemelor sau de reacţia altora. Notarea scenariilor şi monitorizarea utilizării şi evitării lor furnizează o metodă de „a reţine" alternativele comportamentale, pe care altfel le-ar uita foarte repede.

Exemplu de caz

Doamna I. (vezi Capitolele 4 şi 5) simţea sistematic că „i se blochează creierul", aşa cum se exprima ea, ori de câte ori intenţiona să deschidă subiecte dificile cu ceilalţi. Prin urmare, avea tendinţa să nu-şi amintească anumite scenarii atunci când trebuia să le aplice şi uneori se străduia să şi le amintească la doar câteva momente după ce fuseseră discutate într-o şedinţă. În astfel de situaţii, terapeutul poate să analizeze ce anume declanşează dificultatea de a le

ține minte şi în acelaşi timp să-l invite pe pacient să şi le noteze. În cazul doamnei I., terapeutul şi pacientul discutaseră în şedința precedentă posibilitatea de a face terapie de cuplu înpreună cu soțul ei, precum şi un scenariu special în acest scop.

Doamna I.: Acum nici măcar nu mai ştiu cum să argumentez că mi-am dorit terapie de cuplu.

Terapeutul: Ce crezi că s-a întâmplat? Tocmai povesteai în sesiunea trecută cum ar fi să vorbeşti despre asta cu Tom, dar şi despre frustrările tale şi fricile de a-l răni.

Dna I.: Nu sunt sigură, dar încep să cred că exact asta pățesc, adică „mi se blochează creierul". Îmi amintesc că luasem în calcul varianta terapiei de cuplu şi mi se părea o idee bună, dar nu-mi amintesc ce spuneam.

T.: Mă întreb dacă te-a speriat faptul că erai pe punctul de avea o discuție cu el.

Dna I.: Asta ar putea fi adevărat. Imediat ce-mi pun în gând să-i vorbesc, toată îngrijorarea mea iese la suprafață. Îmi imaginez cum o să mă atace şi cum n-o să ajungem nicăieri.

T.: Ei bine, am discutat despre ce spuneai tu, că ai probleme de comunicare cu soțul tău, pentru că vă tot certați şi că aveți nevoie de cineva care să vă ajute.

Dna I.: Ştii ce? O să notez toate astea. Cred că mă ajută atunci când încep să mă deconectez. (Pacienta scoate hârtie şi pix şi începe să noteze.) De asemenea, voi nota ce va spune el şi ce anume aş putea spune eu. Pentru că, imediat ce începe să se înfurie pe mine, nu-mi mai amintesc nimic din ce intenționam să spun.

T.: Cred că este important să anticipăm cum ar putea reacționa el, ce se întâmplă cu sentimentele tale şi cum i-ai putea răspunde.

Dna I.: Deci, dacă i-aş spune că terapia de cuplu ne-ar ajuta să nu ne mai certăm, Tom nu ar recunoaşte că ne certăm sau va spune că-l neliniştesc. Sau va spune că vreau să scap de el. Şi adevărul e că o parte din mine chiar vrea să pună capăt relației. Iar apoi mă blochez. O să notez şi asta.

T.: OK. Cum te simți tu în astfel de momente?

Dna I.: Sunt frustrată şi neliniştită. Iar apoi mă pierd. Acela e momentul în care mă deconectez.

T.: Cred că trebuie să analizăm mai mult ce anume se întâmplă în acele momente. Însă cred că putem spune că el îți oferă o imagine perfectă a problemei dacă nu ia în calcul ce îi spui. Atunci când te acuză că încerci să scapi de el, îi poți răspunde că nu, şi că tocmai acesta este motivul pentru care apelezi la terapia de cuplu. Când îți spune că-i provoci anxietate, îi poți răspunde că acesta este motivul pentru care aveți nevoie să comunicați mai bine.

Dna I.: Răspunsurile par rezonabile. Poate că, dacă le notez, o să le reţin mai bine. Deşi, cu alte ocazii, îl înfrunt mai mult decât o făceam înainte. Cred că trebuie să înţeleg mai bine de ce mă blochez brusc.

T.: Cred că anumite subiecte au devenit mai sigure pentru tine. În anumite momente te simţi mai în siguranţă să vorbeşti, în timp ce în altele te blochezi în mod automat.

Aşa cum am arătat mai sus, atunci când concepe scenarii comportamentale, terapeutul psihodinamic va aborda şi explora şi factorii care pot interfera. În vigneta următoare, terapeutul demonstrează cum dificultăţile comportamentale ale doamnei B. (vezi Capitolele 2 şi 6) o fac să ia în calcul exprimarea propriilor sentimente într-un mod care îi amplifică vinovăţia şi conflictul intrapsihic. Alternativa sugerată, mai puţin critică, e mai acceptabilă pentru pacient.

Exemplu de caz

Deşi domnişoara B. se simţea mai în siguranţă cu logodnicul decât cu mama şi mătuşa, şi cu el îi era dificil ocazional să discute problemele. Domnişoara B. povestea că nu accepta cu uşurinţă faptul că logodnicul ei refuza să participe la activităţi sociale şi că se simţea frustrată de aceste limitări ale vieţii lor sociale. Într-o oarecare măsură, lucrând asupra dificultăţilor sale de a-şi exprima propriile

nevoi, îl presa să se întâlnească mai des cu prietenii lor, iar lucrurile se îmbunătățiseră. Cu toate acestea, ulterior, el dorea să-i fie elogiate eforturile de participare la viața socială şi se plângea că era epuizat şi avea nevoie ca ea să mai preia din activitățile casnice. Pe de o parte, domnişoara B. se străduia să empatizeze şi să-i înțeleagă anxietățile sociale. Pe de altă parte, era enervată de pretențiile ridicate de el.

Domnişoara B.: Mă înfurii şi îmi vine să-i spun lui Jim că trebuie să crească şi să-şi asume întâlnirile cu prietenii mei, pentru că aşa se comportă un adult. Însă ştiu că sunt prea dură şi mă simt vinovată.

Terapeutul: Se pare că ți-e greu să conştientizezi faptul că pe de o parte îl poți înțelege şi că în acelaşi timp te simți frustrată. Îi poți înțelege anxietatea şi totodată eşti furioasă pe el pentru că îi este greu să socializeze şi pentru pretențiile lui ulterioare.

Dra B.: Aşa este, dar e foarte enervant că aşteaptă atâta apreciere pentru participarea la aceste evenimente. Mai şi glumeşte un pic, însă de fapt chiar aşteptă ca eu să preiau responsabilități suplimentare în casă.

T.: Păi una dintre variante ar fi să glumeşti cu el pe tema asta, spunându-i c-ai vrea să afli de câte complimente mai are nevoie sau câte alte treburi casnice ar trebui să-ți asumi. Şi că ai fi curioasă dacă mai puteți reduce din ele.

Dna B.: Asta l-ar putea amuza, însă eu mă blochez, pentru că mă înfurie aşa de tare. Când eram copil, iar eu şi fratele meu eram timizi, mama ne împingea în faţa oamenilor şi ne lăsa să ne descurcăm singuri.

T.: Cred că asta reprezintă o parte din sursa dificultăţii tale de a-l înfrunta. Deşi într-un fel consideri că mama ta avea dreptate, pe de altă parte nu vrei să fii la fel de dură cu el, pentru că asta ţi se pare o dovadă de nepăsare.

Dra B.: Da, sună asemănător cu ce mă pregăteam să-i spun. Nu mi-am dat seama.

T.: Cred că, dacă iei în calcul şi modalităţi mai puţin furioase de abordare a lui Jim, ţi-ar fi mai uşor să vorbeşti cu el despre toate astea. Am putea discuta şi alte idei în acest scop, dacă nu-ţi place abordarea glumeaţă propusă de mine.

Dra B.: Aş putea încerca, să vedem cum merge.

În acest punct, intensitatea fantasmelor furioase ale domnişoarei B. interfera cu etapele comportamentale pe care le avea de parcurs ca să poată aborda zonele tensionate din relaţia cu Jim. O parte din iritarea ei putea proveni dintr-o acumulare a frustrării, cauzată de neabordarea acestor probleme de-a lungul timpului. Această intensificare poate face ca furia să se manifeste prin fantasme sau prin comportamente lipsite de empatie, critice sau în alte moduri dureroase, declanşând anxietate şi vinovăţie. Aceste tipare

sunt frecvent întâlnite la pacienți ca domnişoara B., ai căror părinți nu şi-au ajutat copiii să dezvolte abilități de gestionare şi negociere a nevoilor lor sau care au fost critici sau intruzivi în aşteptările pe care le aveau de la copiii lor.

Eforturile domnişoarei B. de identificare cu agresorul i-au amplificat conflictele interioare. În acest tip de apărare (descris în Capitolul 4), pacienții se conectează, adesea inconştient, cu cineva care a avut putere sau control asupra lor şi le-a folosit în moduri distrugătoare sau care rănesc. Această identificare este însoțită de fantasma de a-i trata pe alții în acelaşi mod în care a fost tratat pacientul când era vulnerabil şi îi poate ajuta să simtă că dețin controlul, cel puțin inițial. Cu toate acestea, apărarea poate declanşa sentimente intense de vinovăție la gândul că au provocat aceeaşi durere de care au avut şi ei parte, la rândul lor. Prin urmare, terapeutul i-a reamintit cu delicatețe domnişoarei B. că ea îi descrisese comportamentul mamei sale față de ea, din vremea când ea era timidă, ca fiind extrem de dureros, iar ea se simțea destul de vinovată când se pregătea să exprime atitudini „dure" față de logodnicul său.

Un alt instrument valoros menționat în aceste vignete este folosirea umorului în intervențiile comportamentale. Umorul este considerat o apărare de tip elevat, căci este adesea folosit la abordarea indirectă a subiectelor inconfortabile sau conflictuale. Un exemplu actual ar fi utilizarea pe scară largă a umorului explicit pe teme sexuale în serialele de comedie, abordându-se subiecte considerate până de curând tabu. Ca atare, umorul poate fi adesea folosit în abordarea indirectă a zonelor de tensiune în relațiile interpersonale sau de cuplu. Nu toată lumea se simte

confortabil să folosească umorul şi nu toţi sunt capabili să-l accepte, însă terapeutul poate sugera câteva posibilităţi, ca să vadă cum reacţionează pacienţii şi prietenii sau partenerii lor de cuplu. În plus, uneori, în astfel de situaţii, pacienţii folosesc umorul din proprie iniţiativă; terapeutul poate observa cum a fost folosit şi îi poate discuta potenţialul în alte circumstanţe.

Pe măsură ce domnişoara B. a început să evalueze într-un mod mai relaxat dinamicile implicate în tensiunile ei cu logodnicul, şi-a dat seama că, la sugestia lui, ea acceptase să participe la activităţi cu familia lui, în timp ce el evitase activităţi similare cu familia ei. În acest caz, terapeutul a folosit alternativa comportamentală sugerată de pacientă ca suport pentru a o confrunta cu sentimentele ei ambivalente legate de afirmarea propriilor nevoi.

Domnişoara B.: Apoi, Jim a spus că nu vrea să ia micul dejun cu familia mea, pentru că abia cinasem cu ei. Însă pe mine m-a deranjat, pentru că eu petrec o grămadă de timp cu familia lui în vacanţe, deşi nu întotdeauna vreau asta.

Terapeutul: Cred că e în ordine să nu ne vizităm rudele sau familia mereu. Cred că te temi să-i ceri să-i vizitaţi familia mai rar.

Dra B.: Aşa este. Am senzaţia că fac totul împreună cu ei. Mă deranjează, pentru că ei se comportă ca şi cum ar fi ceva normal.

T.: Ai vorbit cu el despre asta?

Dra B.: Nu. Fac doar ce consider că ar trebui să fac. Şi apoi, mi se pare nedrept că el nu mai petrece timp cu familia mea sau se sustrage de la alte activități din cauza anxietății sale. Poate c-ar trebui să-i vorbesc despre asta, dar m-aş simți egoistă.

T.: Şi ce i-ai spune?

Dra B.: I-aş spune că nu văd de ce trebuie să-mi petrec tot timpul cu familia lui, însă el nu se simte obligat să facă acelaşi lucru cu familia mea. Şi mie mi-ar plăcea să mai fac pauză din când în când.

T.: Auzind ce spui, nu prea înțeleg ce anume ar fi egoist în asta. Cred că este în regulă să-i spui că amândoi ar trebui să aveți dreptul să nu mai participați atât de des la întâlnirile de familie. Pare că a fi egoist, pentru tine, echivalează cu exprimarea propriilor dorințe, ceea ce ştim deja că-ți provoacă disconfort.

Dra B.: Cred că am devenit din nou fetița ascultătoare, aşa că mai bine discut asta cu el.

Identificarea alternativelor comportamentale oferă pacienților o cale de confruntare mai directă cu fricile lor intrapsihice şi interpersonale. Analiza acestor frici oferă informații adiționale despre psihodinamicile pacienților şi, în

acelaşi timp, deschide un proces de experimentare a unor noi paradigme comportamentale. Aşa cum se va prezenta în capitolele următoare, terapeutul lucrează în colaborare cu pacientul la analizarea rezultatelor eforturilor comportamentale ale pacienților şi la ajustarea comportamentelor lor.

8

Identificarea factorilor care perturbă implementarea comportamentelor alternative

Odată ce sunt identificate alternativele comportamentale, poate fi nevoie de multă terapie pentru ca pacienții să implementeze aceste schimbări într-un mod consecvent. Pentru a ajuta procesul, terapeutul şi pacientul pot examina ce anume împiedică progresele comportamentale. În ciuda intenției de a urma o nouă direcție comportamentală (sau de a se abține de la o anumită acțiune), în situațiile în care ar trebui s-o aplice, pacientul poate uita că există o alternativă comportamentală. Sau o poate lua în calcul, fără s-o aplice. Dacă pacientul nu se gândeşte să aplice schimbarea comportamentală, terapeutul poate analiza motivele pentru care nu şi-a amintit alternativele disponibile în situațiile respective. Poate că pacientul refulează sau neagă schimbarea potențială din cauza anumitor trăiri sau conflicte, care ar putea fi explorate în contextul respectiv.

Dacă pacientul o ia în calcul, dar ezită s-o aplice, terapeutul şi pacientul pot analiza emoțiile şi fantasmele care apar în acel moment. În acest mod, identificarea comportamentelor alternative se poate folosi ca instrument pentru a determina trăirile şi conflictele care intervin, inhibând implementarea acestora, şi pentru a dezvolta noi strategii care abordează aceşti factori (Tabelul 8-1). Aceste aspecte apar adesea şi pot fi explorate în transfer, în cadrul căruia pacientul poate avea o multitudine de reacții față de terapeut în timpul unei analize a comportamentelor care par ciudate sau înfricoşătoare.

Monitorizarea gândurilor şi a trăirilor

Dezvoltarea capacității de autoobservare a fost discutată în Capitolul 5 („Stabilirea unui cadru pentru abordarea schimbării comportamentale"). În aceste circumstanțe, terapeutul şi pacientul recurg la aceste abordări cu privire la un anumit tip de comportament. Tema pentru acasă, discutată în cele ce urmează, poate fi şi ea utilă la monitorizarea şi explorarea factorilor care interferează cu modificarea comportamentală vizată.

Identificarea factorilor de interferență specifici

Multe forme de rezistență pot apărea ca reacție la luarea în calcul a aplicării unei modificări comportamentale. Acestea includ diferite forme de conflicte intrapsihice, apărări, fantasme şi reprezentări ale sinelui şi ale obiectului, iar capitolul de față descrie unii dintre aceşti factori (vezi Tabelul 8-1). De exemplu, dacă schimbarea presupune asertivitate crescută, pacienții îşi pot asocia comportamentul cu sentimente de furie, de competitivitate sau de autonomie ridicată, ceea ce poate duce la apariția fricii de relații distrugătoare şi perturbatoare. Asocierea schimbărilor eficiente cu trăiri şi fantasme agresive poate provoca vinovăție şi o nevoie de autopedepsire. Pacienții se pot simți inadecvat sau incapabili de schimbare şi ar putea deveni îngrijorați să nu-şi dezamăgească terapeutul. Aşa cum s-a menționat în Capitolul 3 („Identificarea şi gestionarea riscurilor în abordarea schimbării comportamentale"), vizarea directă a modificării comportamentale poate declanşa o reacție de revoltă sau de anxietate atunci când pacientul simte interior că aceasta i-a fost impusă, uneori percepându-şi terapeutul ca pe o autoritate constrângătoare şi înspăimântătoare.

Dificultăţile în ceea ce priveşte asertivitatea

În estimarea factorilor care interferează cu progresul în aplicarea măsurilor de schimbare a comportamentului, o anumită acțiune poate fi identificată ca obiectiv. La un pacient care are probleme de asertivitate, aceste comportamente implică automat abordarea unei dificultăți

cu o persoană importantă din viața acestuia. Identificarea acestei acțiuni specifice permite o analiză mai atentă a diferitelor fantasme, sentimente sau conflicte inhibitoare, susținând procesul analitic. Factorii de interferență includ adesea neliniştea că relația ar putea fi întreruptă sau că ar putea provoca respingerea sau vinovăția declanşată de potențiala rănire a celeilalte persoane implicate în relație.

TABELUL 8-1. Identificarea factorilor care pot interfera cu implementarea comportamentelor alternative
Monitorizarea gândurilor şi a sentimentelor din perspectiva noului comportament
Identificarea factorilor specifici de interferență Lupta cu frica de asertivitate Sentimente de inadecvare Reacții de rebeliune Utilizarea temelor pentru acasă pentru identificarea şi abordarea factorilor de interferență

La fel ca în cazul de mai jos, prima oară discutat în Capitolul 4 („Utilizarea tehnicilor psihodinamice în abordarea schimbării comportamentale") şi apoi continuat în Capitolele 5 şi 7 („Identificarea comportamentelor alternative"), această explorare poate duce şi la o modificare a acțiunii planificate.

Exemplu de caz

Terapeutul şi doamna I. au identificat obiective comportamentale care includeau o mai mare afirmare a nevoilor ei. Pentru o mai bună implementare a acestor comportamente, cei doi s-au axat pe o anumită dificultate a pacientei de a-l convinge pe soțul ei să meargă la medic în scopul evaluării acuzelor sale somatice. Doamna I. se întreba dacă nu cumva acestea erau simptome de anxietate şi de depresie în loc să indice o problemă medicală. În ciuda faptului că nu se simțea bine, Tom opunea rezistență la sugestia de a merge la doctor. Uneori era de acord, însă apoi nu dădea curs intenției sale. Doamna I. a discutat acest tipar comportamental cu el, însă el s-a simțit frustrat. Pe lângă suferința lui, Tom devenea şi mai rigid şi mai critic cu doamna I. atunci când trăia neplăceri somatice. După identificarea impactului negativ asupra ei, pacienta şi terapeutul au reuşit să identifice dificultățile pe care le avea ea în a fi categorică asupra faptului că soțul ei are nevoie de ajutor. Au discutat cât de important era pentru ea să insiste ca el să vadă un medic. Doamna I. părea să creadă că singura variantă care l-ar fi făcut pe Tom să se răzgândească era să-l amenințe că va pune capăt relației, dar se temea că el ar fi respins-o. Terapeutul a analizat de ce pacienta percepea abordarea acestei probleme cu soțul ei ca pe un ultimatum.

Doamna I.: Am impresia că încerc să-i transmit că, dacă nu se duce la doctor, relația noastră ia sfârşit. Mă tem că, dacă îi dau un ultimatum, îl rănesc foarte tare. Nu cred că pot face asta.

Terapeutul: Ei bine, nu sunt sigur că înțeleg de ce ar trebui să fie un ultimatum în care tu amenințI direct relația. De ce

nu-i poți spune pur şi simplu că are nevoie de tratament pentru că anxietatea lui vă generează amândurora foartă multă durere? De ce crezi că asta v-ar perturba relația?

Dna I.: Interesant pusă problema... O să mă gândesc la ce spui. Adevărul e că-mi aminteşte de tata când mă gândesc cum l-ar putea răni asta. Chiar dacă aş pune problema aşa cum sugerezi tu, Tom va crede că eu amenințsă pun capăt relației. Iar apoi mă tem că va încerca chiar el să pună capăt relației.

T.: A amenințat el vreodată să facă asta?

Dna I.: Nu.

T.: Atunci cred cu adevărat că această idee îşi are sursa în propriile tale frici. Sau poate că asta e de fapt dorința ta ascunsă.

Dna I.: Ei bine, nu cred asta, dar ar putea fi. Pentru că, atunci, n-ar mai fi responsabilitatea mea.

După ce a conştientizat că nu era nevoie să-şi prezinte cererea ca pe un ultimatum, doamna I. şi-a dublat eforturile, dar încă se mai străduia să fie fermă, iar analiza a revelat şi alte conflicte.

Dna I.: Tot nu reuşesc să-l conving să meargă la doctor. Mereu spune că se va duce când se va simți mai bine. Mă înfurie. Atunci „mi se blochează creierul” şi uit ce am stabilit că trebuie să-i spun.

T.: Putem revizui ce trebuie să-i spui şi ar putea fi util să-ți notezi. Ce crezi că se întâmplă atunci când ți se „blochează creierul”, cum spui tu?

Dna I.: Mă tem că o să-l rănesc şi că o să-mi pierd controlul.

T.: Şi ce anume ar însemna asta?

Dna I.: Nu ştiu sigur. Poate c-aş începe să țip şi să-l înjur.

T.: Cred că te sperie furia ta, pentru că-ți imaginezi că-ți vei pierde controlul, exact la fel ca sora şi ca tatăl tău, pentru că ştii că asta ar însemna certuri inutile.

Dna I.: E ciudat că spui asta... Pentru că zilele astea mă gândeam că acum îmi dau seama cum ajunge o soție să-şi pocnească soțul. Apoi m-am simțit oribil. Şi vinovată. Dacă aş face asta, aş putea ajunge la puşcărie!

T.: Cred că e foarte bine că eşti conştientă de aceste gânduri, pentru că ele ar putea constitui veriga lipsă, adică ne-ar putea indica ce anume te înspăimântă atât de tare. Acum cred că ți-e clar că ele demonstrează doar intensitatea trăirilor tale, nu şi ceea ce ai face în realitate.

Dna I.: Uneori simt că aş vrea să dau frâu liber furiei mele, dar ştiu că n-o s-o fac. E interesant. Zilele trecute m-am înfuriat pe colegul meu. Am început să mă stresez că sunt rea şi am început să mă enervez. Apoi mi-am dat seama că, fiind şefa lui, eu trebuia să gestionez problema respectivă. După ce i-am vorbit, m-am calmat.

T.: Odată ce-ți dai seama că furia nu-ți scapă de sub control, te calmezi. E important că ai putut aplica asta în situația profesională. Poate că te-ai putea gândi la cât de eficient a fost atunci când încerci să discuți diverse probleme cu soțul tău.

Dna I.: OK. Da, acum cred că aş reuşi.

Sentimente de inadecvare

Sentimentele de inadecvare şi incapacitatea anticipată de a îndeplini o sarcină interferează adesea cu demersurile în scopul obținerii unei modificări comportamentale. Uneori, pacienții chiar nu sunt în stare să îndeplinească o anumită acțiune şi au nevoie de o pregătire suplimentară. Alte dăți, pacienții nu ştiu cum anume să procedeze ca să abordeze o anumită problemă. Cu aceste ocazii, se pot dovedi utile discuțiile despre anumite tipuri de intervenții, aşa cum a fost prezentat în Capitolul 7 („Identificarea comportamentelor alternative”). În alte situații, pacienții se luptă cu fantasme de incapacitate, şi atunci chiar sunt capabili să aplice un anumit comportament. Aceste

fantasme ar trebui analizate, împreună cu conflictele şi sentimentele care ar putea contribui la această percepție de sine. De exemplu, pacienții care suferă de frica de asertivitate ar putea avea fantasma incapacității de a se proteja de trăirile furioase ambivalente asociate cu sentimentul de putere personală. Aceşti factori au contribuit la dificultățile domnului E. (vezi Capitolele 3 şi 6) cu privire la gestionarea afacerii sale de consultanță.

Domnul E.: Ştiu că trebuie să mă ocup de asta, dar pur şi simplu n-o fac. O tot amân. Iar apoi mă simt vinovat şi leneş.

Terapeutul: Hai să vorbim despre ceea ce simți atunci când intenționezi să te apuci de treabă.

Dl E.: Simt că nu sunt capabil. Am impresia că tipul căruia îi ofer consultanță stă în fața mea şi crede că nu mă pricep deloc, deşi chiar el a apelat la serviciile mele.

T.: Şi ce anume ai de făcut?

Dl E.: Trebuie să obțin nişte informații de la un coleg. El este dispus să mi le ofere, dar eu nici măcar nu i le-am cerut încă. Apoi trebuie să fac un grafic cu factorii care trebuie urmăriți.

T.: Aşadar, eşti capabil să faci treaba asta?

Dl E.: Păi... da, sunt.

T.: E important că nu te simți în stare să-ți faci treaba, deşi eşti capabil. Trebuie să aflăm mai multe despre această fantasmă.

Dl E.: Îmi tot spun că mai caut un singur lucru pe internet şi apoi mă apuc de treabă, dar n-o fac niciodată. Iar soția mea, aşa cum probabil te aşteptai, mă presează să m-apuc de treabă. Spune că sunt leneş. Eu mă enervez, dar mă şi simt vinovat.

T.: Cred c-am ajuns la concluzia că soția ta îți furnizează pedeapsa pe care o parte din tine o consideră potrivită. Pentru că te simți vinovat şi leneş. Însă furia ta ridică altă întrebare: nu cumva această parte din tine este furioasă pentru că trebuie să muncească?

Dl E.: Ştiu că am vorbit despre furia mea. Despre faptul că eu consider că alții ar trebui să aibă grijă de mine, iar asta nu e corect.

T.: Da, ca atunci când erai copil, iar mama ta s-a mutat împreună cu tine într-o nouă locuință, după divorț. Erai furios din cauza acestei schimbări şi te întrebai ce sens are să mai depui vreun efort. Un fel de grevă silențioasă.

Dl E.: Înțeleg ce încerci să-mi spui. Însă senzația că nu sunt capabil mi-e cea mai familiară.

T.: Şi totuşi, ai spus că de fapt poți face munca asta. Cred că faptul de a te considera incompetent te protejează de frica de furia ta. În acelaşi timp, o exprimi indirect, nefăcându-ți treaba depre care crezi că alții te presează s-o faci.

Dl E.: Înțeleg. Însă cum aş putea opri asta?

T.: Cred c-ar trebui să-ți fixezi termene-limită pentru munca ta. Să fii atent la faptul că vei simți nevoia să te ocupi de altceva şi vezi dacă te poți concentra la treaba ta. Dacă nu te simți în stare, cred că trebuie să afli de ce. Şi mai cred că ar trebui să-ți accesezi furia pe care o simți în acel moment. E important să fii conştient că, dacă eviți să munceşti, te vei simți şi mai subminat.

Dl E.: OK. Mă ajută ce-mi spui.

Reacţii de revoltă în faţa schimbării comportamentale

Aşa cum s-a menționat mai sus, pacienții pot percepe modificările comportamentale ca pe o amenințare la adresa stimei de sine sau ca pe o presiune din partea terapeutului şi a celorlalți, împotriva căreia se revoltă. Identificarea acestei rezistențe este importantă, căci este adesea ascunsă şi poate fi explorată în contextul transferului.

În următoarea vignetă, terapeutul analizează sentimentele de furie şi de rănire ale domnului G. (vezi Capitolul 3) ca mod de reacție față de ceilalți, inclusiv față de terapeut, care îl încurajează să-şi caute un serviciu.

Exemplu de caz

În ciuda intențiilor declarate ale domnului G. şi în ciuda dificultăților financiare în creştere, pacientul a continuat să facă foarte puține eforturi în direcția găsirii unui serviciu. Lucrul cu transferul l-a ajutat pe pacient să conştientizeze că se aştepta ca terapeutul să reprezinte mai curând o instanță nepăsătoare decât o persoană care încearcă să-l ajute.Terapeutul a dovedit că nu arăta o autoritate lipsită de empatie, afirmând că era profund preocupat de sentimentele pacientului şi de dificultățile lui. Terapeutul l-a încurajat să-şi rezerve timp pentru căutarea unui serviciu şi să observe ce anume îl împiedica să o facă.

Domnul G.: Mă supăr foarte tare când încep să-mi caut serviciu. Văd un anunț de barman şi apoi mă gândesc că sub nicio formă n-o să mă angajez la o cafenea. N-aş fi în stare să suport.

Terapeutul: Din ceea ce am vorbit mai demult, reieşea că vrei să continui să scrii, dar te simți frustrat şi dezamăgit că e greu să faci bani din asta. Nu vrei să ai un serviciu la fel ca restul lumii, pentru că vrei să te simți special; este o

lovitură pentru stima ta de sine. Aşa că eviți să-ți cauți serviciu, pentru că asta te-ar face la fel ca toți ceilalți.

Dl G.: OK. Ştiu asta, şi tot nu-mi caut de lucru. Ce ar trebui să fac legat de asta?

T.: Cred că până şi faptul că mă întrebi acest lucru reprezintă o formă de evitare. Poate că te înfurie faptul că eu vreau ca tu să-ți analizezi sentimentele care te împiedică să-ți cauți un serviciu. Pentru că eşti furios că trebuie să faci asta. Spuneai că, atunci când alți terapeuți începeau să te preseze prea mult să faci schimbări, îi anunțai că tu nu-ți doreşti aşa ceva.

Dl G.: Asta aşa e, dar tot nu mă ajută să încep să caut.

T.: Cred că asta se întâmplă pentru că tu ai luat decizia conştientă de a nu privi direct la comportamentul tău, pentru că este prea dureros pentru tine. Zilele trecute spuneai că te gândeai să-ți cauți de lucru, însă ce s-a întâmplat apoi? Asta ar trebui să analizăm.

Dl G.: Păi nici nu mai ştiu ce s-a întâmplat apoi. Cred că, atunci când m-am gândit la posturile specifice pe care le-aş putea căuta, mi-am pierdut toată energia. Aşa că apoi m-am dus să mă uit la televizor.

T.: Probabil c-ai oprit imediat procesul în interiorul tău.

Dl G.: Da, cred că asta am făcut. Cum spuneam, m-aş simți îngrozitor. Ca un prizonier care e pedepsit. Cred că sunt supărat pe tine. Semeni mai mult cu un gardian de închisoare decât cu un terapeut. Pe de altă parte, ştiu că tu doar îți faci treaba.

T.: Cred că trebuie să analizăm semnificația rolului meu de temnicer şi senzația ta de întemnițare şi să le înțelegem mai bine. Desigur că asta îți complică viața, atât în ceea ce priveşte căutarea unui serviciu, cât şi în terapie. Însă asta e o gândire de tip catastrofal, pentru că un serviciu nu înseamnă închisoare.

Dl G.: Da, dar aşa îl simt. Şi mai sper ca ceva sau cineva să mă salveze de la această soartă. Va sosi cavaleria, iar eu mă voi putea ocupa de scris.

Pe lângă faptul că se simțea rănit narcisic pentru că-şi căuta un serviciu neconcordant cu obiectivele sale profesionale şi cu percepția sa de sine, domnul G. spera, adesea inconştient, că va fi salvat de la necesitatea unui serviciu pe care nu-l dorea. În copilărie, nu prea avea tragere de inimă pentru temele la matematică şi la ştiințe, iar familia sa i-a semnalat adesea că asta nu e o problemă, considerând că trebuie să se concentreze pe scrierea creativă, domeniu în care promitea de mic. Când domnul G. a început să aibă probleme cu notele, tatăl lui „l-a salvat”, petrecând o grămadă de timp ajutându-l la teme. Deşi tatăl lui nu mai era implicat activ în treburile lui, domnul G. continua să aibă fantasme magice de salvare, care îi afectau găsirea unui post.

Dl G.: Nu consider c-ar trebui să mă angajez pe un post în care să mă simt degradat.

T.: Ce crezi că s-ar întâmpla dacă ai rămâne fără bani?

Dl G.: Cred c-ar veni cineva şi m-ar salva. N-aş ajunge în stradă.

T.: Şi cine îți imaginezi că te-ar salva?

Dl G.: Tatăl meu. Aşa cum a făcut mereu cu temele mele pentru acasă. Sau poate o să fiu publicat şi o să obțin un contract permanent de scriitor.

T.: Tatăl tău mai este acum în măsură să te salveze?

Dl G.: Adevărul e că acum nu cred că şi-ar mai permite financiar.

T.: Înseamnă că asta reprezintă fantasma că ai fi salvat, bazată pe ceea ce ai experimentat în copilărie.

Dl G.: Da. Cred cu tărie că se va întâmpla. Poate pentru că s-a întâmplat deja de atâtea ori.

T.: Eu cred că această convingere ți-ar putea pune multe bețe-n roate în găsirea unui loc de muncă. Ar fi important să analizăm puterea acestei fantasme. Poate că tu eşti furios că eu nu te pot salva din dificultatea asta.

Dl G.: Ei bine, da. Sunt furios că încă mă lupt cu asta, iar tu nu mă ajuți mai mult. Însă înțeleg şi că există limite în ceea ce poți face tu. Tu nu-mi poți face rost de un loc de muncă.

Folosirea temelor pentru acasă

Aşa cum s-a discutat în Capitolul 5, există câteva tipuri de teme pentru acasă care sunt valoroase pentru psihoterapia psihodinamică ce vizează problemele comportamentale. Se poate folosi un jurnal pentru a nota gânduri, sentimente şi simptome care apar în contextul încercării de a implementa un anumit tip de comportament. Această informație ajută la identificarea factorilor care împiedică implementarea comportamentelor alternative, aşa cum ar fi anumite conflicte, apărări şi fantasme. Adesea, aceste fantasme şi sentimente au scăpat atenției pacienților sau n-au apărut în terapie pentru că sunt dureros de explorat, iar consemnarea lor ar amplifica accesul conştient la ele. Mai mult, un jurnal ar ajuta la discutarea strategiilor de contracarare a factorilor de interferență în momentul aplicării comportamentului vizat. Poate fi în mod special util pentru pacienții care se disociază în astfel de contexte, aşa ca doamna I. Notițele cu gândurile şi sentimentele ei au ajutat-o să conştientizeze că

„blocajul creierului” apărea atunci când se temea să nu piardă controlul furiei şi să-i rănească pe ceilalți.

Pacienții îşi pot nota şi anumite scenarii potențiale, cum ar fi reacțiile anticipate ale celorlalți, ce anume interferează cu aplicarea acestor scenarii şi care este reacția lor şi a celorlalți la aplicarea acestor scenarii. Astfel, pacienții îşi pot aminti şi îi pot povesti terapeutului impactul avut de efortul lor de a modifica anumite comportamente şi modul în care au trăit acea experiență. Aşa cum se poate observa din exemplele de cazuri din acest capitol, abordarea fricilor şi a factorilor care interferează în implementarea unei anumite modificări comportamentale poate ajuta în procesul de perlaborare. Pe măsură ce sunt identificați factorii care blochează schimbările, pot fi formulate noi intervenții. Aşa cum se demonstrează mai jos, temele pentru acasă pot fi utile în acest proces de perlaborare.

Exemplu de caz: doamna I. (continuare)

Doamna I. continua să se lupte cu abordarea îngijorărilor ei referitoare la soț. Notarea problemelor, a comentariilor şi a reacțiilor anticipate a ajutat-o să nu i se mai „blocheze creierul”. Prin folosirea unui jurnal în care îşi nota gândurile, a identificat mai clar o serie de factori împreună cu terapeutul, pe măsură ce se pregătea să-i comunice problemele ei lui Tom. Aceştia includeau teama că el se va simți respins de ea, provocându-i un distres intens. O a doua îngrijorare era legată de posibilitatea ca el s-o respingă dacă l-ar fi confruntat cu problemele ei. Cu toate acestea,

soțul ei n-a făcut niciodată vreun comentariu despre intenția de a o părăsi, ci numai despre teama ca ea să nu-l respingă. Iar o a treia teamă a ei era reprezentată de situația ipotetică în care ea l-ar fi rugat să se schimbe, el n-ar fi reuşit, iar ea ar fi ajuns să-l respingă. Folosind aceste informații, terapeutul a reuşit să abordeze direct fiecare dintre anxietățile ei. Terapeutul i-a arătat că s-ar putea să se simtă mai bine în relația ei, în general, dacă-şi comunică îngrijorările lui Tom şi că s-ar putea să nu mai vrea să pună capăt relației. În al doilea rând, chiar dacă el nu era capabil să se schimbe, ea nu era nevoită să-l respingă. În al treilea rând, dacă lui îi era dificil să-şi schimbe comportamentul, ea putea încerca să-l preseze în continuare să facă psihoterapie, ceea ce ea îşi dorea ca el să facă, indiferent de situație. De exemplu, ea simțea că terapia l-ar ajuta să-şi gestioneze mai bine anxietatea, care contribuia la încercările lui de a o controla.

Doamna I. şi-a discutat dificultatea de a-şi înfrunta subalternul în ceea ce privea faptul că nu-şi îndeplinea îndatoririle pe care ea i le trasase. În această situație, „creierul i se bloca” din nou, observând că răspunsul lui ar destabiliza-o. Terapeutul i-a sugerat să-şi noteze posibilele ei reacții, aşa cum a procedat cu soțul ei. O evidență scrisă ar fi ajutat-o să rețină aceste idei şi să-şi diminueze tendința de a se deconecta.

Terapeutul: Ce anume anticipezi că ți-ar spune?

Doamna I.: Păi, dacă i-aş spune că nu-şi îndeplineşte atribuțiile pe care le presupune această poziție, el mi-ar

răspunde că nu l-am sprijinit suficient. Iar la asta chiar nu ştiu ce i-aş răspunde.

T.: Ai putea să-i spui că, pur şi simplu, tu vezi lucrurile diferit.

Dna I.: Dar eu mă blochez şi nu-i mai spun nimic.

T.: Cred că asta se întâmplă din cauză că tu vezi orice abordare directă a frustrării tale ca fiind catastrofic de distrugătoare pentru cealaltă persoană şi pentru relația cu ea. Apoi ți se blochează creierul şi nu mai spui nimic.

Dna I.: Aşa este, dar cum mi-aş putea aminti ce să-i spun?

T.: Prin a continua să conştientizezi că nu e nimic catastrofal. E doar ceva ce ar spune orice şef. Însă mai cred şi că ți-ar fi de folos să notezi, pentru că pare să te ajute să nu uiți aceste comentarii.

Dna I.: Da, şi poate că m-ar ajuta să-mi notez şi ce anume mi se pare atât de periculos la ele.

Lucrul cu susţinerea schimbărilor comportamentale şi cu reacţia celorlalţi

Terapeutul şi pacientul lucrează în mod continuu la evaluarea gradului în care comportamentul este modificat şi a impactului acestei modificări asupra percepției de sine a pacientului şi a fantasmelor, emoțiilor, conflictelor şi relațiilor sale interpersonale (Tabelul 9-1). Deşi, prin schimbările comportamentale, pacienții capătă adesea un sentiment amplificat de putere personală, o reducere a conflictelor intrapsihice şi a afectelor negative, şi o îmbunătățire a relațiilor interpersonale, pot apărea, de asemenea, şi reacții de vinovăție sau de anxietate. În plus, deşi ameliorat, comportamentul problematic poate persista în anumite circumstanțe sau poate reapărea. În psihoterapia psihodinamică, aceste incidențe sunt privite ca tot atâtea ocazii pentru abordarea continuă a conflictelor, dinamicilor şi comportamentului, ca parte din procesul de perlaborare. Abordarea acestor factori este importantă pentru generalizarea şi susținerea schimbărilor. Un alt potențial domeniu în care apar dificultăți îl reprezintă o reacție negativă sau inadecvată din partea celorlalți față de modificările comportamentale. Pacientul are nevoie să abordeze aceste reacții, fie în efortul continuu de a schimba comportamentul celuilalt, fie pentru a accepta acel comportament, fie pentru modificarea relației sau pentru căutarea de noi relații. Reacțiile problematice neaşteptate ale celorlalți pot duce la o reevaluare a abordărilor şi probabil la lucrul cu transferul, în funcție de reacția pacientului (de exemplu, învinovățirea terapeutului).

Abordarea conflictelor intrapsihice şi a afectelor negative care decurg din modificările comportamentale

Modificările comportamentale care au apărut pe parcursul terapiei sunt în general trăite ca pozitive, dar pot declanşa conflicte intrapsihice şi reacţii de vinovăţie sau de anxietate. Pacienţii ar putea avea nevoie să-şi ajusteze percepţiile de sine înşişi, văzându-se ca fiind mai eficienţi. Chiar şi atunci când au primit reacţii pozitive, ei se pot teme că aceste modificări i-au rănit pe ceilalţi sau că ar putea duce la represalii. Inconştient, pacienţii pot pune în scenă comportamente autopunitive sau se pot retrage din faţa noilor schimbări. Freud (1916/1999) a făct referiri la un grup de pacienţi „distruşi de succes", care se simţeau vinovaţi din cauza schimbărilor pozitive din vieţile lor şi, inconştient, deveniseră autodistructivi. Astfel de conflicte interne, sentimente de vinovăţie şi anxietăţi trebuie să fie abordate pentru ca pacienţii să poată continua să le depăşească şi să susţină schimbările pe care le fac. Când ceilalţi reacţionează pozitiv, sublinierea contrastului dintre vinovăţia şi anxietatea pacientului şi aceste reacţii poate fi utilă.

TABELUL 9-1. Lucrul cu impactul şi cu intensitatea modificării comportamentale
Abordarea conflictelor intrapsihice şi a emoţiilor negative generate de modificarea comportamentală Gestionarea modificării comportamentale care nu se generalizează

Abordarea recurenței comportamentului problematic
Gestionarea reacțiilor celorlalți la modificarea comportamentală

Exemplu de caz

Domnul T., un agent de vânzări în vârstă de 46 de ani dintr-o companie din industria tehnologică, devenise mai asertiv în munca lui pe parcursul analizei şi fusese capabil să atragă un nou client important pentru compania lui. Cu toate astea, ca urmare a acestei realizări, a fost copleşit de vinovăție şi de anxietate, temându-se că şi-a rănit şi înfuriat colegii sau c-a declanşat represalii din partea şefului. Analizarea istoriei sale de viață a dus la identificarea sursei lipsei sale de asertivitate în tatăl său, care-l tiranizase în copilărie. Pacientul anticipa reacția potențială a şefului şi colegilor după modelul creat de tatăl lui, care devenea punitiv ca să demonstreze că nu putea tolera ca altcineva în afară de el să dețină controlul. Înțelegerea acestor factori l-a ajutat să devină mai curajos la birou şi să câştige clientul cel nou.

Terapeutul: Deci, ce anume te face să crezi că ai provocat atât de multe daune şi că vei fi tras la răspundere pentru asta? Până la urmă, exact asta se aşteaptă de la tine la firma la care lucrezi, nu?

Domnul T.: La firma la care lucrez eu este un mediu foarte competitiv şi cred că o parte dintre colegii mei o să devină

invidioşi. De obicei, la întâlnirea de vineri se anunță astfel de lucruri.

T.: Înțeleg asta, dar nu văd cum anume este diferit de alte medii de lucru competitive. Tu pari să crezi că impactul va fi mult mai negativ decât se întâmplă de obicei în astfel de circumstanțe.

Dl T.: Aşa este. Şi mai cred şi că şeful meu o să se înfurie. Ştiu că sună ciudat, dar cred că o să considere că mi-am luat-o în cap.

T.: Ce crezi c-o să facă?

Dl T.: O să mă sancționeze, probabil pentru că am fost prea agresiv în negocierile cu clientul.

T.: Păi şi nu are el de câştigat, dacă tu aduci firmei noi contracte? Ce spui tu are mai curând legătură cu frica generată de tatăl tău, care nu putea tolera ca tu să ai idei proprii şi succes.

Dl T.: E adevărat. Mi-a fost teamă şi că tu te vei enerva, că te vei simți cumva amenințat de mine.

T.: Probabil e greu de crezut că mi-ar plăcea să te simți mai plin de putere, având în vedere experiențele tale de viață din trecut.

Dl T.: Cred că nu sunt obişnuit cu asta.

Terapeutul şi pacientul au clarificat împreună faptul că, deşi el se simțise mai sigur în eforturile sale de a căuta noi clienți, simțea că prin dobândirea acestui client important „depăşise o limită". Identificarea fricilor lui şi a lipsei de reacții negative din partea celorlalți i-a uşurat sentimentul de vinovăție şi anxietatea, iar el s-a simțit mai în siguranță să-şi continue afirmarea de sine în domeniul profesional.

Gestionarea modificării comportamentale care nu se generalizează

Modificarea comportamentală dintr-o anumită circumstanță nu se generalizează neapărat la alte situații asemănătoare, pentru că fricile şi conflictele care contribuie sunt adânc înrădăcinate şi/sau pentru că diferitele circumstanțe generează diferite dinamici şi emoții. De exemplu, domnul C. (vezi Capitolul 3, „Identificarea şi gestionarea riscurilor în abordarea schimbării comportamentale") a fost capabil să devină mai asertiv cu şeful său, dar tot se simțea incapabil să facă față comentariilor umilitoare din partea prietenei lui. Pentru a sublinia această dificultate, terapeutul i-ar putea sugera pacientului să analizeze de ce în anumite circumstanțe poate aplica anumite modificări comportamentale, iar în altele îi este mai dificil. Identificarea şi explorarea acestei variabilități vor contribui la lărgirea

înțelegerii dinamicilor pacientului şi-l vor ajuta să adapteze intervenţiile comportamentale, un alt aspect al procesului de perlaborare. Această înțelegere îl va ajuta să extindă comportamentele şi la alte situații, în care schimbarea nu s-a produs. În cazul domnului T., analizarea inhibițiilor legate de un anumit coleg după ce pacientul şi le depăşise deja cu succes în anumite situații a ajutat la identificarea unei noi dinamici relevante.

Exemplu de caz: Domnul T. (continuare)

Domnul T: Ştiu că discuția noastră mi-a fost de folos. Am fost în stare să-mi depăşesc fricile şi să-l sun pe Dev. Iar el a fost dispus să mă angajeze pe post de consultant. Iar eu m-am întrebat de ce nu l-am sunat mai demult.

Terapeutul: Pe baza atitudinii critice şi agresive a tatălui tău față de tine, am înțeles parțial de ce te-ai aşteptat, în mod eronat, ca Dev să te respingă. Iar atunci când iei în calcul alte oportunități de afaceri, e important să nu uităm reacția pozitivă a colegului tău.

Dl T.: Da, asta e o idee bună. Pentru că acum îmi dau seama că mai trebuie să dau nişte telefoane şi încă mă tem de unele dintre ele...

T.: OK, atunci hai mai bine să vorbim despre o persoană anume pe care eziți s-o suni, ca să vedem ce anume încerci să eviți.

Dl T.: Bine. E vorba despre Eric. Cred că e o situație interesantă, pentru că el e un coleg într-o poziție similară. Aşa că, efectiv, nu ştiu dacă o să mă ajute. Însă m-am gândit la o metodă prin care am putea lucra împreună, ca să facem rost de clienți. Şi presupun că, dacă nu vrea, atunci pur şi simplu va refuza.

T.: Şi atunci, ce anume te îngrijorează?

Dl T.: Păi mi-am imaginat că mi-ar zice că nimeni nu mi-ar da mie o astfel de afacere pe mână vreodată, pentru că se ştie că nu sunt competent. Însă acum, că mă gândesc, îmi dau seama că n-ar avea niciun motiv să spună asta. Ori va vrea să colaborăm, ori nu.

T.: Deci iarăşi pari să aştepți reacții negative bazându-te pe experiențe din trecutul tău. Şi poate că percepi trăirile competitive ca fiind în mod special amenințătoare.

Dl T.: Cred că sunt îngrijorat ca nu cumva să intre în competiție cu mine. Însă cred că şi eu sunt în competiție cu el şi nu sunt sigur că-mi convine situația. Ar trebui să lucrăm împreună, însă persoana care obține un anumit client primeşte mai mulți bani.

T.: Şi de ce crezi că e o problemă să te simți în competiție?

Dl T.: Competiția mă stârneşte. Aş putea deveni rău. Aş putea să-mi exclud colegul de la anumite negocieri.

T.: OK, asta este ceva ce trebuie să explorăm mai departe. Hai să aflăm mai multe despre cum ai putea deveni rău. Crezi că te îngrijorează c-ai putea deveni un tiran, aşa ca tatăl tău?

Dl T.: Probabil.

Lucrul cu frica de respingere a domnului T. s-a concentrat asupra aşteptărilor sale de a fi respins de ceilalți. Cu toate astea, pe măsură ce se simțea tot mai sigur pe el, începea să-şi identifice nevoia de competiție şi teama că va deveni rău, aşa ca tatăl lui, dacă va avea putere – exemplu de identificare cu agresorul (vezi Capitolul 11, „Abordarea problemelor comportamentale legate de traumă şi de experiențele negative din perioada de dezvoltare"). Această nouă dinamică reprezintă un alt factor până atunci neidentificat, care a contribuit la apariția inhibițiilor lui.

Aşa cum s-a menționat mai sus, atunci când se abordează un astfel de factor, iar rezultatul este schimbarea comportamentală, uneori un altul poate deveni mai uşor de accesat.

Exemplu de caz

Domnul U., un director în vârstă de 64 de ani, a făcut progrese în abordarea fricilor de a-şi confrunta prietenul, pe

care îl considera o autoritate critică comparabilă cu tatăl lui, dar încă mai avea dificultăți în a se afirma în relația cu soția lui. În această fază a analizei, identificarea unor evenimente încă nediscutate, din faza de dezvoltare, a ajutat pacientul să înțeleagă de ce frica de soția lui încă persista.

Domnul U.: Sunt supărat că încă mai am dificultăți în confruntările cu Linda.

Terapeutul: Asta mi se pare interesant, pentru că ştim că ai făcut progrese cu Rob, însă încă mai ai de furcă în relația cu ea şi vrem să aflăm de ce.

Dl U.: E adevărat. Încă mi se pare înspăimântătoare.

T.: Ştim că te-ai temut de reacția lui Rob, iar acum nici măcar nu te deranjează să discuți diferite probleme cu el. Aşadar, ceva ce a încetat să te mai sperie cu el încă reprezintă o problemă cu soția ta. Am descoperit că o parte a problemei avea legătură cu temperamentul lui Rob, care îți amintea de tatăl tău.

Dl U.: Cred c-aş putea fi mai direct cu ea. De câteva ori am reuşit să mă confrunt cu ea, dar e greu. Însă mi-ai reamintit ceva. Când tatălui meu nu-i convenea ceva, uneori începea să țipe. Alteori nu-mi vorbea zile-n şir, iar într-un fel asta era şi mai rău. Şi nu doar atât: mama mea făcea la fel! Se retrăgea emoțional, în loc să fie afectuoasă, ca de obicei.

T.: Şi cum anume consideri că asta ți-ar putea afecta temerile legate de soția ta?

Dl U.: Sunt alături de ea mare parte din timp, deci o să mă afecteze mai mult dacă se supără. Şi dacă tot veni vorba, chiar devine tăcută când se înfurie. Asta mă supără foarte tare şi mă supăra şi când eram copil.

T.: Ar fi neapărată nevoie să vorbim mai mult despre aceste tăceri. Par să te înfricoşeze foarte tare. Însă, de câte ori te-ai confruntat cu ea, retragerea ei furioasă nu a durat prea mult. N-a fost aşa cum te-ai aşteptat.

Dl U.: Ai dreptate. Cred că asta mă va ajuta să încerc să mă confrunt mai des cu ea.

Abordarea recurenței comportamentului problematic

În multe situații, apar piedici sau apare recurența unui comportament în a cărui schimbare făcuseră mari progrese. Acest lucru nu este surprinzător, având în vedere că multe comportamente sunt obişnuite şi se manifestă aproape în mod automat în anumite condiții. De asemenea, o mai intensă trăire a anumitor sentimente şi conflicte poate să fi apărut în contextul anumitor circumstanțe speciale sau factori de stres care declanşează comportamentul respectiv. Terapeutul ar trebui să reasigure pacientul că acest lucru

nu este neobişnuit şi că menţinerea unui anumit comportament necesită eforturi continue de observare şi intervenţie. Cu alte ocazii, această recurenţă sugerează faptul că anumite dinamici şi evenimente din dezvoltare nu au fost abordate, iar terapeutul şi pacientul ar trebui să încerce să le identifice.

Exemplu de caz: domnul U. (continuare)

Ulterior, domnul U. a manifestat o răbufnire de anxietate şi de inhibiţie cu prietenul său, Rob, după ce deja făcuse un progres semnificativ în afirmarea de sine în relaţia lor.

Terapeutul: Povesteşte-mi ce s-a întâmplat.

Dl U.: Păi, Rob deţinea o informaţie importantă despre când anume urma să se încheie o anumită tranzacţie. L-am întrebat despre ce era vorba, iar el a refuzat să-mi spună, pretextând că-i promisese celui de la care primise pontul că nu va da informaţia mai departe. Mereu mi-a împărtăşit informaţii şi ştie că pot păstra secrete. Reacţia lui m-a uluit şi m-a înfuriat, dar n-am găsit nimic de spus. Păi ce facem aici, suntem la clasa a doua? N-o să-i spun cât de tare m-a înfuriat.

T.: Se pare că tu deja ai o idee despre ce să-i spui. Dar ce anume te îngrijorează că se va întâmpla dacă te confrunţi cu el?

Dl U.: Mă sperie furia lui. N-aş vrea să se enerveze sau să nu-mi mai vorbească, aşa ca tatăl meu.

T.: Bine, dar asta nu s-a întâmplat de când ai început să fii mai asertiv cu Rob. Mă întreb dacă nu cumva de data asta eşti îngrijorat pentru că eşti aşa de furios pe el.

Dl U.: Aşa e. Păi, nu-mi vine să cred c-a spus aşa ceva! Ştie că n-am spus nimănui niciun secret. Aşa că e jignitor. Dar sunt îngrijorat că trebuie să-i spun cât sunt de furios. Dacă până acum n-am reuşit să-l provoc, asta s-ar putea s-o facă.

T.: Nu neapărat. Însă ai putea să-i spui doar că te simți rănit şi insultat. În plus, dacă tu ai deține informația asta, nu cumva te-ar ajuta să închei tu tranzacția?

Dl U.: Categoric. Şi cred că trebuie să afle şi el. Însă tu ai dreptate. E mai de ajutor să-i spun mai curând că sunt rănit, şi nu să-i spun direct că sunt furios. Cu certitudine mă face să mă simt mai în siguranță. Am observat că frica de a-i vorbi a dispărut dintrodată.

În această situație, furia intensă a domnului U. a declanşat anxietate şi reizbucnirea conflictelor, întărindu-i evitarea defensivă. La fel ca în cazul multor persoane cu un părinte temperamental, şi el a fost nevoit să recunoască faptul că furia lui putea fi folosită în moduri mai eficiente. Era necesar lucrul terapeutic suplimentar pentru a-l ajuta să tolereze aceste trăiri furioase, care să-i permită să-şi susțină comportamentul asertiv.

Gestionarea reacţiilor celorlalţi la modificările comportamentale

Când un pacient îşi schimbă comportamentul, ceilalți reacționează adesea în moduri pozitive sau acceptă noile limite. Cu toate acestea, anumiți membri ai familiei, partenerii sau prietenii pot să nu reacționeze la noul comportament aşa cum sperase pacientul. Se pot înfuria, pot ignora eforturile pacientului sau, pur şi simplu, pot să nu-şi modifice la rândul lor comportamentul. Pacientul are câteva opțiuni în această situație, printre care următoarele: să continue să abordeze problema, să accepte lipsa de receptivitate, să-l încurajeze pe celălalt să facă terapie, să intre în terapia de cuplu, să se retragă din relație şi/sau să găsească noi relații. Pacientul şi terapeutul trebuie să conştientizeze că, adesea, reacția din partea altora nu vine imediat, că poate fi inconsecventă sau că presupune anumite eforturi. Terapeutul îl va asista pe pacient în continuarea explorării motivelor pentru care pacientul nu reuşeşte să abordeze mai hotărât problema sau să identifice strategii alternative suplimentare.

Dacă în continuare nu apare o reacție, pacientul ar putea fi nevoit să accepte situația sau să deplângă deficiențele unei relații problematice. Uneori, acest proces poate fi dificil, pentru că pacienții trebuie să perlaboreze sentimente de pierdere sau furie. Poate că s-au agățat de speranța schimbării, în ciuda unor probleme persistente severe. De exemplu, când un pacient încearcă să le traseze limite

membrilor familiei, e posibil ca aceştia să nu reacţioneze la noile limite, creând frustrare şi dezamăgire. Pacientul poate decide să găsească alte căi de a evita expunerea la această situaţie. Alternativ, celălalt poate răspunde la limitele impuse, însă apropierea dorită poate să nu apară. Pacientul trebuie să accepte aceste limitări şi să caute relaţii mai intime sau marcate de o mai mare reciprocitate în afara familiei.

Pe măsură ce doamna F. (vezi Capitolele 3, 6 şi 7) progresa în impunerea de limite fiului ei, şi-a dat seama că ceda şi în faţa comportamentului necorespunzător al unora dintre prietenii ei, pe baza unor dinamici similare cu cele care-l implicau pe fiul ei. Pe măsură ce a recunoscut acest tipar, a început să reducă contactul cu ei. În vigneta următoare, doamna F. este speriată de restrângerea anturajului ei, într-o perioadă intermediară, în care ea îşi căuta noi relaţii, cu oameni care manifestau o anumită reciprocitate.

Exemplu de caz

Doamna F..: Acum, că am trasat mai multe limite, anturajul meu s-a micşorat. Am observat că, atunci când prietena mea Jean a început să mi se plângă că n-am sunat-o, deşi nu mai doream să am prea multe de împărţit cu ea, tot îmi venea să-i cer scuze şi să mă justific. Însă apoi m-am întrebat cu cine o să mai ies.

Terapeutul: Cred că asta e într-adevăr o consecință a schimbărilor din relațiile tale, care până acum se bazau pe faptul că cedai în fața nevoilor celorlalți şi erai extrem de atentă şi de receptivă la nevoile lor. Acum nu mai eşti interesată de acest tip de relații.

Dna F.: Da, culmea! Şi mă simt mai bine, însă mă îngrijorează faptul că mă izolez.

T.: Îți poți face noi prieteni, cu care să ai relații bazate pe schimburi mai echilibrate. Probabil că frica ta de izolare are legătură cu frica pe care o aveai în copilărie, că, dacă nu răspundeai nevoilor mamei tale, rămâneai singură.

Dna F.: E adevărat. Femeile pe care le-am întâlnit de curând par mult mai receptive la ceea ce-mi doresc eu. În acelaşi timp, e deranjant să simt că nu mă pot apropia de nimeni din familia mea.

T.: Ai dreptate. Cred că este o pierdere pe care ai nevoie să o jeleşti în continuare.

Dna F.: Până acum nu m-am gândit în termenii ăştia, dar cred că, într-un fel, este un doliu.

Aşa cum s-a menționat mai devreme în acest capitol, uneori pacienții decid că e preferabil să se retragă dintr-o relație în care ceilalți nu răspund la eforturile lor de a impune limite sau de a amplifica comunicarea. Uneori, pacienții ar putea

avea dificultăți să se retragă dintr-o relație disfuncțională, dar în acelaşi timp dramatică şi palpitantă. Aceste relații pot lua forma unei interacțiuni sado-masochiste. O parte din incapacitatea de a modifica un comportament în astfel de situații ar putea fi reprezentată de refuzul pacientului de a se confrunta cu sentimentele de pierdere şi de tristețe atunci când trebuie să renunțe la partea palpitantă a relației.

Exemplu de caz

Domnişoara V., 28 de ani, reprezentantă de vânzări în domeniul farmaceutic, era sistematic atrasă de relații cu bărbați care alternau între apropiere şi retragere. În mediul ei de proveniență situația era similară, comportamentul mamei sale alternând între interesul pronunțat față de ea şi perioade de retragere.

Domnişoara V.: Ştiu că relația mea cu Juan era problematică, însă, de când i-am pus capăt, îi duc dorul pentru cât era de palpitantă, iar asta mă întristează.

Terapeutul: Da, însă continuai să fii atrasă de relație, pentru că el era ba distant, ba implicat. Şi deja am discutat despre felul în care îți reamintea de relația cu mama ta. Tu te aşteptai la un rezultat diferit atunci când îl transformai într-o persoană predominant afectuoasă. Însă în cele din urmă te simțeai dezamăgită şi respinsă când el se retrăgea.

Dra V.: E perfect adevărat, însă, atunci când îmi răspundea, era foarte palpitant. Ştiu că era cu adevărat interesat, însă apoi se deconecta. Mi se pare cu adevărat trist că relația n-a funcționat. Crezi c-aş putea obține din nou acest sentiment palpitant?

T.: Cred că încercăm să înțelegem din ce motiv te entuziasmezi atât de tare pentru cineva care se deconectează. Din moment ce am înțeles mai multe despre asta, de curând ai devenit mai interesată de bărbați care sunt mai receptivi.

Dra V.: Păi ar fi Michael, care e foarte interesat de mine şi care pare un tip mai responsabil. Relația nu e la fel de palpitantă, dar poate c-ar trebui să-i dau o şansă. Îmi place tipul.

Gestionarea reacţiilor adverse ale celorlalţi la modificările comportamentale

Uneori, eforturile depuse în modificarea comportamentului duc la reacții adverse, despre care terapeutul şi pacientul ştiau că reprezintă un risc sau pe care nu le-au anticipat. De exemplu, dacă un pacient e mai asertiv, ceilalți pot reacționa critic sau se pot retrage. Terapeutul lucrează împreună cu pacientul ca să asimileze consecințele unei astfel de reacții, la fel ca în cazul oricăror modificări din

viața pacientului. Aşa cum s-a menționat în Capitolul 5 („Stabilirea unui cadru pentru abordarea schimbării comportamentale"), e important ca terapeutul să anunțe pacienții că rezultatul oricărei intervenții este nesigur. Totuşi, acest lucru poate fi trecut cu vederea sau uitat, din cauza fantasmelor pacientului în legătură cu rezultatul sau cu abilitatea terapeutului de a rezolva probleme. În aceste circumstanțe, pacienții îşi pot acuza terapeutul atunci când rezultatul este unul negativ. Terapeutul îşi poate exprima regretul în legătură cu rezultatul, însă situația respectivă exprimă o ocazie de investigare a sentimentelor şi fantasmelor pacientului, apărute în cadrul transferului.

Exemplu de caz

Doamna W., o profesoară de ştiințe, din ciclul liceal, în vârstă de 54 de ani şi divorțată, al cărei mediu de viață din copilărie exercitase o presiune imensă asupra ei prin îngrijirea mamei anxioase şi a fraților mai mici, se lupta cu atacurile şi critica surorilor mai mici, pe care ea le accepta. Considera că un astfel de comportament ostil reprezintă o pedeapsă binemeritată pentru plăcerea pe care i-o produceau propriile interese intelectuale şi pe care surorile nu i-o împărtăşeau. În plus, investigațiile terapeutice au dezvăluit că ea considera inacceptabil să aibă propriile nevoi şi dorințe. Când surorile îi reproşau că nu ajută mai mult la îngrijirea copiilor lor sau a mamei, ea le dădea dreptate că e „iresponsabilă", deşi se ocupa deja intens de ceilalți. Chiar dacă nu şi-a dat seama de la început, în timp, ea şi terapeutul au identificat comportamentul surorilor ca fiind unul de tiranizare. Pe măsură ce a conştientizat că

reproşurile lor erau nedrepte şi deplasate, şi-a dat seama din ce în ce mai mult că nu trebuia să le tolereze comportamentul nociv.

La un moment dat, pacienta s-a pregătit să le anunțe pe surorile ei că nu le mai accepta atacurile. A discutat cu terapeutul ce anume intenționa să le spună şi să le sublinieze, în timp ce treceau în revistă alternativele. Cu toate acestea, eforturile de a se confrunta cu ele nu au avut loc aşa cum sperase:

Doamna W.: Le-am explicat tot, iar una dintre ele s-a înfuriat. S-a repezit afară din cameră şi apoi mi-a trimis o scrisoare furioasă. Şi mai rău de atât, i-a povestit mamei, care m-a sunat să mă întrebe ce-am făcut. Mama m-a judecat foarte aspru, considerând că am creat probleme în familie.

Terapeutul: Uneori durează o vreme până când o familie se adaptează la o situație nouă. Cu toate acestea, chiar dacă am sperat că surorile tale ar fi capabile să accepte aceste noi limite, e posibil să nu se întâmple aşa, drept care trebuie să te ajut să gestionezi şi această variantă.

Dna W.: Cumva, aşteptarea noastră era ca eu să le trasez nişte limite, iar ele să le accepte. Nu m-am aşteptat să reacționeze atât de furios.

T.: Înseamnă c-ai putea fi frustrată pentru că ți-am dat impresia că lucrurile s-ar putea întâmpla diferit?

Dna W.: Poate. Însă problema e că eu cred că ele au dreptate. Chiar merit asta şi pe undeva chiar sunt rea.

T.: Deci, se pare că ajutorul pentru ca tu să te afirmi a provocat represalii din partea lor, iar în interior, pe tine te-a aruncat înapoi în situația în care consideri că nu meriți nimic.

Dna W.: Da, consider că asta este reacția pe care o merit. E urât din partea mea să-mi doresc astfel de schimbări şi cred că au dreptate să se poarte aşa cu mine.

T.: Cred că asta are legătură cu motivul pentru care eşti supărată pe mine, pentru că eu ți-am încurajat asertivitatea şi eforturile de a-ți împlini nevoile, iar acum te simți vinovată şi trasă la răspundere.

Urmărindu-şi contratransferul, terapeutul şi-a dat seama că se simțea vinovat şi preocupat că şi-a condus pacienta într-o direcție problematică. La o reconsiderare a situației, terapeutul n-a mai ajuns la concluzia că sugerase probabilitatea unui final pozitiv, însă a înțeles că pacienta credea asta. Cu toate acestea, terapeutul şi-a dat seama din propria reacție de vinovăție că pacienta avea tendința de autoînvinovățire şi se autocondamna pentru reacția furioasă a familiei sale. Analizarea criticii sale a reprezentat o intervenție terapeutică utilă, pentru că i-a oferit pacientei oportunitatea de a-şi exprima în siguranță furia față de terapeut. Terapeutul a lucrat la găsirea motivului pentru care pacienta credea că trebuie să se simtă vinovată,

pierzând din vedere progresul înregistrat, în loc să-şi dea seama că reacția ei reprezintă mai mult un simptom. Terapeutul a ajutat-o să conştientizeze că, atunci când era atacată, problema era reprezentată de reacțiile critice şi de sentimentele competitive ale surorilor ei, decât de faptul că ea ar fi fost o persoană „rea".

În următoarele câteva săptămâni, pacienta a ieşit din această atitudine de autocritică şi a conştientizat că reacția surorilor ei era problematică şi că familia ei a demonstrat o incapacitate de a-i accepta nevoile şi sentimentele, situație care făcea parte dintr-un tipar bine înrădăcinat. Cam în aceeaşi perioadă, una dintre surori i-a cerut scuze şi a început să se poarte diferit față de doamna W., fiind mult mai puțin critică. Reacția surorii ei a ajutat la conştientizarea faptului că vinovăția ei era excesivă şi că ea era cu adevărat capabilă să schimbe atitudinea celorlalți.

Acest caz demonstrează din nou cum modificările comportamentale duc la o revizuire a formulării şi ajută pacientul să se detaşeze, să observe şi să repare reprezentările distorsionate ale sinelui şi ale celorlalți.

Referinţe

Freud S. : Câteva tipuri de caracter din practica psihanalitică (1916), în Opere, vol. 1, Eseuri de psihanaliză aplicată, Bucureşti, Editura Trei, 1999, pp 217-240.

10

Implicarea pacientului în abordarea problemelor comportamentale specifice

Acest capitol demonstrează modul în care pacientul şi terapeutul identifică şi vizează dificultăţile comportamentale obişnuite, prin utilizarea modelului şi a abordărilor descrise în Capitolele 5-9. Problemele care vor fi folosite ca exemple includ conflictele cu un partener, dificultăţile în trasarea de limite copiilor, probleme identificate de alţii şi dificultăţile în controlul impulsurilor (Tabelul 10-1). Terapeutul dezvoltă o formulare bazată pe factorii contributivi din copilărie, fantasme, conflicte intrapsihice şi apărări, şi apoi foloseşte acest cadru pentru identificarea abordărilor alternative şi pentru discutarea factorilor care împiedică implementarea acestor alternative (Tabelul 10-2). În cele din urmă, terapeutul şi pacientul evaluează şi răspund la reacţiile celorlalţi faţă de aceste schimbări.

Probleme maritale şi de cuplu

TABELUL 10-1. Câteva probleme frecvente de comportament
Probleme maritale şi de cuplu Probleme în trasarea de limite copiilor Probleme identificate de ceilalţi Dificultăţi în

controlarea impulsului

Problemele maritale sau de cuplu reprezintă o sursă centrală de dificultăți pentru multe persoane, iar majoritatea pacienților demonstrează un grad de adversitate în acest domeniu. Problemele şi conflictele centrale de ataşament ale pacienților, la fel ca şi perturbările de mentalizare, vor emerge în mod tipic în aceste relații intime. Aceste probleme pot persista şi pot deveni mai severe cu timpul, degradând calitatea relației. Sursele semnificative de tensiune includ situațiile în care un partener 1) nu-şi comunică nevoile şi dorințele celuilalt sau celălalt nu reacționează sau i le critică, sau 2) unul dintre parteneri acceptă un comportament pe care-l trăieşte drept problematic, aşa cum ar fi atacurile persistente, lipsa de participare la treburile casei sau la alte responsabilități sau o lipsă de răspuns la dorințele sexuale. O altă problemă des întâlnită este reprezentată de un tipar de atac şi contraatac, care provoacă certuri şi tensiuni recurente care scapă de sub control. O problemă conexă presupune dificultăți în negocierea diferențelor dintre nevoile şi dorințele partenerilor. Aceste dezacorduri se pot aborda în terapia de cuplu, însă abordările psihodinamice care vizează tiparele comportamentale problematice în terapia individuală pot diminua, de multe ori, aceste dificultăți.

Exemplu de caz

Doamna X., 48 de ani, designer de interior, relata un tipar recurent problematic cu soțul ei. În anumite perioade erau apropiați şi intimi, având o bună relație sexuală. Cu toate acestea, după o vreme, el se distanța emoțional timp de câteva săptămâni, manifestând foarte puțină afecțiune şi lipsă totală de dorință sexuală. Îl enervau şi cele două fiice adolescente. Pacienta se simțea din ce în ce mai rănită şi mai frustrată, până când el reacționa în cele din urmă, dar nu aborda problemele direct cu el. Terapeutul a început prin analizarea temerilor pacientei de a vorbi direct cu soțul ei.

Terapeutul: De ce nu vorbeşti cu el despre frustrările tale?

Doamna X.: Mă tem că se va înfuria.

T.: Ar fi asta o problemă? Se pare că, atunci când se înfurie, tu gestionezi situația.

Dna X.: Păi, mai există un motiv. Sunt furioasă pentru că nu vreau să aduc eu vorba despre asta. Ar trebui să fie responsabilitatea lui.

T.: Se pare că te simți respinsă de el în aceste situații.

Dna X.: Da, cred că ai dreptate. Presupun, pur şi simplu, că nu este interesat.

T.: Însă, în mod bizar, se reapropie de tine plin de afecțiune după perioadele în care se comportă distant.

Dna X.: Adevărat.

T.: Deci nu e clar ce se întâmplă cu el. Se poartă diferit şi cu copiii, nu doar cu tine. Ar putea fi de folos să-i vorbeşti despre asta.

Dna X.: Hm... E o idee bună. O să încerc.

TABELUL 10-2. Abordarea problemelor comportamentale obişnuite
Clarificarea naturii specifice a problemelor Conceperea unei formulări psihodinamice care implică factorii contributivi:
Contribuții din perioada dezvoltării Reprezentări ale sinelui şi ale obiectului şi fantasmele asociate Conflictele şi apărările intrapsihice Dificultățile de mentalizare Identificarea intervențiilor specifice şi a abordărilor alternative bazate pe formulare Abordarea sentimentelor care inhibă implementarea comportamentelor alternative Abordarea impactului comportamentelor alternative

Cu toate acestea, pacienta a continuat să se eschiveze de la discuția directă cu soțul ei, în ciuda frustrării în creştere. Terapeutul a început să analizeze posibilele motive pentru care doamna X. evita aceste discuții, deşi credea că sunt o idee bună. În explorarea istoriei de viață, pacienta a povestit despre cât de apropiată era de tatăl ei şi despre cât de

detaşat se purta mama ei sau cât de critică era, de câte ori, copil fiind, avea nevoie de ajutorul ei. O situaţie specială a avut loc atunci când ea fusese foarte supărată în primii ani de liceu, pentru că era agresată de colegi. Mama ei nu părea interesată de ceea ce trăia ea şi nu o sfătuia cum să procedeze, în ciuda cererilor ei, izolării sociale sau plânsetelor frecvente. Experienţa acestei absenţe a oricărei reacţii din partea mamei s-a repetat de multe ori în viaţa pacientei. Ea avea două fete şi depunea eforturi ca să fie disponibilă pentru problemele lor.

Terapeutul considera că ea anticipa acest tipar cu mama ei în relaţia cu soţul sau că era dezamăgită şi frustrată că soţul ei nu reacţiona la fel de călduros ca tatăl ei. Pacienta găsea această explicaţie utilă pentru înţelegerea propriilor sentimente, însă nu prea avea efect asupra capacităţii ei de a-i vorbi soţului. Terapeutul a schimbat strategia cu investigarea a ceea ce se întâmpla atunci când dorea să procedeze într-un anumit fel, idee care a adus o înţelegere suplimentară a inhibiţiilor ei. Aşa cum s-a arătat în Capitolul 7 („Identificarea comportamentelor alternative"), la sugestia lui, au discutat câteva variante de comentarii pe care să i le comunice, printre care şi faptul că ea simte că el se distanţează emoţional şi îşi pierde interesul pentru raporturile sexuale, iar asta se întâmplă periodic. I s-a sugerat să-şi întrebe soţul dacă este conştient de toate acestea. Terapeutul i-a sugerat să fie atentă şi să-şi identifice sentimentele şi gândurile, atunci când se hotăra să discute cu el, cerându-i să-şi imagineze că-şi exprimă îngrijorările.

T.: De ce anume te temi când te pregăteşti să-i vorbeşti, poate folosind chiar afirmațiile discutate în terapie?

Doamna X.: Încă mai cred că s-ar înfuria, însă am senzația că n-o să-mi răspundă în niciun fel. Dacă o să mă ignore, o să mă supăr foarte tare. Deja mi-e greu să gestionez furia pe care mi-o provoacă.

T.: Şi ce-ar fi să-i spui că nu-ți place să te ignore?

Dna X.: Nu consider c-ar trebui să-mi arăt aceste sentimente.

T.: La ce te duc ele cu gândul?

Dna X.: Nu ştiu. Îți aminteşti cum m-am simțit în legătură cu mama, cum n-am reuşit să-i stârnesc vreo reacție. Însă, după ce am mai crescut şi i-am spus cât de furioasă eram, mi-a răspuns într-un mod foarte neplăcut. Mi-a răspuns că nu are timp de asta acum şi că va trebui să mă descurc singură.

T.: Mă întreb dacă acesta este motivul pentru care tu presupui că soțul tău nu-ți va răspunde sau că se va înfuria. Că se va comporta exact ca mama ta.

Dna X.: E posibil, însă acum sunt îngrijorată că sunt atât de nervoasă. S-ar putea să devin extrem de rea şi apoi să-mi pară rău.

T.: Îmi dau seama că şi asta te inhibă. Ce i-ai spune?

Dna X.: Nu sunt sigură. Nu m-am gândit cu adevărat la asta.

T.: Se pare că te îngrijorezi prea mult să nu pierzi controlul asupra furiei tale. Cred c-ar trebui să fim atenți la cum ai putea s-o exprimi. Asta te-ar putea ajuta să te temi mai puțin.

Acest schimb de replici a arătat că pacienta a trăit conflicte referitoare la fantasmele şi sentimentele de furie şi a anticipat că ele trebuiau controlate. Investigațiile ulterioare au arătat că pacienta s-ar simți vinovată, considerându-se o persoană rea, şi că nu-i plăcea să arate că fusese rănită.

Dna X.: Cred că, dacă nu-mi răspunde, o să devin şi mai frustrată, şi mai supărată. Cred că o să țip la el că mă ignoră, iar apoi o să am impresia că sunt un om rău.

T.: Îmi imaginez cât trebuie să te chinui să-ți gestionezi aceste sentimente şi cred că, parțial, e din cauză că mama ta nu le putea tolera, iar asta te-a făcut să te simți prost că erai supărată pe ea.

Dna X.: Chiar aşa mă simt. Nu-mi place să arăt când mă simt rănită. Nici măcar ție. Încerc să nu plâng aici, în cabinet.

T.: Înseamnă că nu eşti doar furioasă, ci şi rănită. Nu mi-am dat seama că te abțineai să plângi. Trebuie să mai analizăm subiectul, dar cred că asta ne arată cât de mult trebuie să te aperi de anumite sentimente. Pentru moment, nu cred că soțul tău s-ar înfuria chiar aşa de tare dacă i-ai vorbi despre această retragere, însă, cu cât aştepți mai mult, cu atât cred că te înfurii mai tare şi devii tot mai rănită, şi-atunci ți-e tot mai greu să-i spui ceva.

Dna X.: Aşa este. E foarte frustrant.

La următoarea şedință, după ce s-a dovedit că se temea să se arate rănită şi vulnerabilă, pacienta mi-a povestit că a reuşit să vorbească cu soțul ei.

T.: Deci, ce s-a întâmplat?

Dna X.: A fost surprinzător. I-am spus cât eram de supărată. Nici măcar nu-şi dăduse seama cât era de distant. Şi nu-şi dădea seama că şi continua în acest fel.

T.: Asta e ciudat. Deci nu te respingea în mod conştient, sau poate chiar deloc. Ai idee ce se petrece cu el?

Dna X.: Ştii, nici el nu-şi dă seama exact, dar a fost de acord să facă terapie. A fost foarte derutat. Iar acum este din nou implicat în relația noastră.

T.: OK. Păi asta arată cât de important e să continuăm să analizăm situația, atunci când apare. Cred că trebuie să ne întoarcem la motivul pentru care simți că trebuie să te controlezi de față cu mine.

În acest caz, analizarea dificultăților ei de a discuta despre frustrarea şi durerea generate de soțul său a oferit ocazia de a discuta noi probleme în transfer, dar şi de a realiza o schimbare importantă în comportamentul ei.

Probleme în stabilirea de limite copiilor

Dificultatea de a stabili limite copiilor reprezintă o problemă comportamentală obişnuită, pentru care am furnizat deja câteva exemple. Într-un anumit tipar, părinții pot fi excesiv de îngăduitori în stabilirea de limite copiilor, ca apoi să devină tot mai frustrați pentru că ei le încalcă. Aceasta se poate întâmpla cu copiii mai mici, la ora de culcare (eforturi tipice de a o amâna) ori cu timpul petrecut cu jocurile video sau numărul de produse cumpărate (jucării sau diferite jocuri). Cu adolescenții, regulile privind ora de întoarcere acasă, activitățile sociale, alcoolul sau drogurile pot deveni o problemă. Copiii vor deveni adesea furioşi când adulții vor încerca să le impună limite, iar asta va genera lupte de putere între părinți şi copii. Părinții devin adesea frustrați şi îşi învinuiesc copiii pentru incapacitatea de a fi mulțumiți sau de a accepta limitele, adesea nerecunoscându-şi contribuția la apariția acestor dispute. Sunt dispuşi să recurgă la „măsuri severe” în privința limitelor, cu

consecințe pentru nesupunere (de exemplu, pedepsirea sau interdicția de la activitățile importante pentru copil), aceasta ducând la o încetare temporară a conflictului. Cu toate acestea, după un timp, aceste măsuri tind să se relaxeze şi să intensifice tiparele preexistente. O altă problemă care poate apărea este o postură prea rigidă a părinților, care nu le oferă copiilor ocazia să negocieze sau să conteste limitele.

Mai mulți factori pot contribui la aceste probleme legate de stabilirea limitelor. Părinții îşi pot imagina că au fost împiedicați să se maturizeze, probabil de către părinți excesiv de severi, iar ei îşi doresc să fie mai îngăduitori cu copiii lor. Deşi acest lucru poate avea un impact potențial pozitiv în evitarea rigidității, părinții pot supracompensa printr-o lipsă de limite potrivite. O altă contribuție a părinților apare atunci când ei pun în mod inconştient semnul egalității între stabilirea de limite şi identificarea cu agresorul, temându-se că-şi rănesc copilul; ei conectează adesea acest tip de comportament cu un părinte pe care-l percepeau drept dur şi strict. Părinții se mai pot lupta şi cu furia față de copiii lor, atunci când provocările devin severe, generând vinovăție, inhibiții defensive sau exprimarea excesivă a furiei. Cu toate că părinții pot avea într-adevăr fantasme dure atunci când sunt frustrați, este important să fie ajutați să-şi dea seama că impunerea de limite potrivite reprezintă un act de iubire față de copilul care trebuie să învețe cum să-şi gestioneze şi să-şi tolereze frustrarea.

În abordarea acestor probleme, terapeuții pot încuraja stabilirea de limite ferme, dar moderate, în timp ce analizează inhibițiile pacienților. Terapeutul le poate explica părinților că, atunci când ei precizează că nu sunt dispuşi la concesii în privința unor limite, în timp, majoritatea copiilor

renunță la protestele furioase. Le pot explica copiilor că anumite comportamente sunt însoțite de o doză considerabilă de libertate, pentru altele se poate negocia, iar pentru altele trebuie păstrate granițe stricte (de exemplu, locurile din maşină sau ținutul de mână la traversarea străzii). Totuşi, multor părinți le este dificil să se comporte diferit după primirea acestor sfaturi, pentru că aceste tipare sunt adesea adânc înrădăcinate. Explorarea fantasmelor şi fricilor pacienților în ceea ce priveşte stabilirea de limite este crucială în găsirea unor modalități de a-i ajuta să se comporte într-o manieră mai eficientă. Aşa cum se va vedea din cazul de mai jos, mulți părinți nu sunt conştienți că pot transmite mesaje contradictorii despre limite.

Exemplu de caz

Doamna R. (vezi Capitolul 7) continua să se lupte cu stabilirea de limite copiilor ei. Uneori era furioasă pe fiul ei, amenințând să-l dea afară din casă, iar alteori se întorcea la modul ei obişnuit de a avea grijă de el fără să se plângă şi fără să comenteze pe marginea nerespectării regulilor impuse de ea în casă.

Terapeutul: Cred c-am identificat acest tipar de comportament în care tu te înfurii pe el uneori şi îl amenințiă că-l pedepseşti sau că-l dai afară din casă, iar alteori te ocupi mai departe de treburi ca de obicei. Nu cred că eşti conştientă de asta. Totuşi, este important să recunoşti acest tipar, pentru că altfel îți va fi greu să stabileşti limite în mod

serios. De exemplu, doreşti să stabileşti un set de reguli pe care trebuie să le respecte dacă vrea să locuiască împreună cu tine, cum ar fi să-şi ţină camera curată, să-şi spele vasele şi să nu iasă în oraş după miezul nopţii. Însă, dacă nu te impui în mod serios, o să creadă probabil că nu trebuie să respecte aceste reguli.

Doamna R.: Aşa e, nu am conştientizat acest tipar. Şi nici nu ştiu sigur cum anume să-i spun toate astea. N-aş vrea să se înfurie.

T.: Putem să discutăm despre îngrijorările tale. Însă e interesant că, atunci când eşti supărată, poţi deveni foarte ameninţătoare cu el şi nu te mai preocupă modul în care va reacţiona. Pe de altă parte, atunci când eşti mai calmă şi poţi recapitula regulile împreună cu el, te temi să nu-l înfurii. Cred că e important să înţelegem asta şi în acelaşi timp să stabilim ce să-i spui.

Dna R.: Mă întreb din ce cauză mă comport aşa.

T.: Am vorbit despre modul în care tu erai pedepsită pentru că erai cea mai rebelă din familie, dar am înţeles şi modul în care te revoltai împotriva a ceea ce tu considerai a fi lipsa de implicare din partea părinţilor tăi. Cred că, de fapt, vrei să ai mai multă grijă de fiul tău decât au avut părinţii tăi de tine. N-ai vrea să fii la fel de punitivă ca părinţii tăi, însă din această cauză eviţi să menţii regulile. Apoi, din când în când, frustrările tale se reactivează, iar tu devii foarte critică.

Dna R.: Cred că înțeleg ce vrei să spui. Trebuie să mă gândesc la asta. Ai idee ce anume aş putea face pe tema asta?

T.: Cred c-ai vrea să stabileşti limite clare şi să te asiguri că nu dai înapoi. Cred c-ar fi foarte bine să fii atentă când ai tendința să te retragi şi să monitorizezi ce anume trăieşti în acel moment. Apoi putem analiza ce simți şi putem vedea cum se poate aborda.

Dna R. i-a redus fondurile fiului său, pentru că acesta nu lucra şi opunea rezistență la ideea de a-şi găsi un loc de muncă. Totuşi, la un moment dat, a întrebat-o dacă e dispusă să-i plătească un abonament la o sală de sport.

Dna R.: I-am spus că asta depinde de cum merg lucrurile în privința căutării unui loc de muncă, însă apoi am aflat că nu a căutat deloc.

T.: Şi cum te-ai simțit după ce a întrebat?

Dna R.: Mi s-a părut derutant. M-am gândit să-i dau bani ca să meargă la sală. Însă mă îndoiesc că s-ar fi dus. Îşi petrece cea mai mare parte a zilei întâlnindu-se cu prietenii. Însă n-am vrut să intru într-o dispută cu el, pentru că lucrurile mergeau mai bine. Aşa că am scăldat-o.

T.: Tu simți că ar fi dur din partea ta să nu-i cumperi abonament la sală, însă problema e că a-i cumpăra abonament ar reprezenta un fel de coluziune cu el, pentru că i-ai transmite mesajul că nu trebuie să muncească. Cred că i-ai putea spune că trebuie să respecți regulile, pentru că e mai bine pentru el să-şi găsească ceva de lucru şi să nu depindă de tine.

Dna R.: Da, cred că n-am vrut să provoc o ceartă, însă ai pus bine problema. Dar, în general, avem mai puține certuri de când am stabilit mai clar nişte limite.

Deşi au apărut îmbunătățiri după aceste intervenții, doamna R. a continuat să întâmpine din când în când dificultăți în menținerea limitelor, chiar şi după ce a afirmat că va continua să le mențină. În timp ce încerca să nu-i mai cumpere diverse lucruri fiului său, a recunoscut un alt aspect al dificultăților ei.

Dna R.: Observ că oscilez din nou când vine vorba să plătesc pentru sală.

T.: Ce crezi că se întâmplă?

Dna R.: Nu ştiu sigur, însă acum doar mă bate la cap în legătură cu asta, nu mai iscă o ceartă.

T.: Şi ce anume spune?

Dna R.: Mă întreabă dacă nu cred că mersul la sală i-ar fi de folos. Şi spune că, în acest fel, ar avea mai multă energie să facă lucrurile pe care trebuie să le facă, cum ar fi să-şi caute de lucru.

T.: Spuneai că tu îl consideri acum foarte capabil să-şi caute de lucru.

Dna R.: Da, însă mă face să mă simt vinovată dacă nu-i cumpăr abonamentul.

T.: Ar putea încerca să te facă să te simți vinovată, însă tu eşti cea împovărată de vinovăție. De ce crezi că te simți vinovată?

Dna R.: Am senzația că-i refuz, din principiu, ceva ce chiar i-ar putea folosi.

T.: Se pare că te-ai răzgândit cu privire la plata abonamentului la sală, de când am vorbit ultima oară. Mă-ntreb dacă nu cumva vinovăția te-a afectat mai mult decât ți-ai imaginat. Poate că simți că-i refuzi ceva, în acelaşi mod în care părinții tăi nu erau atenți la nevoile tale.

Dna R.: S-ar putea.

T.: E important să reții că circumstanțele sunt foarte diferite. Părinții tăi erau distrați de propriile lor interese şi

de conflictele dintre ei. Tu încerci să-i impui nişte limite şi să-l ajuți să devină responsabil.

Dna R.: Şi ce-aş mai putea să spun, după ce deja am oscilat?

T.: Cred c-ai putea spune că te-ai gândit şi că ți-ai dat seama că cel mai important e să-l ajuți să devină responsabil şi să aibă grijă de toate astea chiar el. Că aşa e cel mai bine pentru amândoi. Dacă îşi găseşte ceva de lucru, va fi în stare să plătească singur pentru sală.

Dna R.: O să mă gândesc dacă să-i spun asta.

Exemplu de caz

Pe măsură ce terapia lui progresa, domnul E. (Capitolele 3, 6 şi 8) a devenit conştient că dificultățile în stabilirea de limite copiilor lui presupuneau conflicte interne, care aveau legătură cu cele care îi inhibau eforturile de la birou. Terapeutul şi pacientul au reuşit să identifice legătura dintre lupta lui de a impune sancțiuni pentru comportamentul copiilor şi frica şi sentimentele sale de vinovăție la gândul că este un părinte dur şi neimplicat emoțional.

Domnul E.: Mă descurc mai bine cu stabilirea limitelor pentru atitudinea lor şi pentru ce îmi spun. Când încep să devină ostili, le spun că aşa ceva este inacceptabil şi că trebuie să înceteze. Însă, atunci când vine vorba să le interzic anumite lucruri ca să-l determin pe fiul meu să-şi facă temele, îmi vine foarte greu.

Terapeutul: Am putea analiza de ce ți se pare mai uşor să le impui anumite limite, dar nu şi pe asta. Ce anume ți se întâmplă atunci când încerci s-o faci?

Dl E.: Mă simt rău atunci când îi interzic anumite lucruri.

T.: Dar atunci când îl amenințI că-i iei telefonul şi nu o faci, ajungeți la o luptă de putere. Fără să vrei, amplifici tiparul pe care încerci să-l dezactivezi. Mulți părinți au tendința asta. E important să înțelegi de ce ți-e greu să fii mai consecvent în privința consecințelor pe care le foloseşti.

Dl E.: Mă simt vinovat dacă îi iau telefonul. Pentru el e important să poată păstra contactul cu prietenii.

T.: Ai putea discuta cu terapeutul lui despre alte posibile consecințe. Iar noi ştim deja că te-ai simțit foarte defavorizat când erai copil, mai ales după ce ai fost nevoit să te muți. Însă e important să conştientizezi că impunerea unei limite este un lucru pozitiv. Nu doar că reduce luptele pentru supremație, dar îl ajută să învețe să-şi tolereze frustrarea.

Dl E.: Da, am încercat să-mi spun asta mai des.

T.: Trebuie să vedem cum te pot ajuta să iei asta în calcul atunci când îi iei telefonul.

Problemele identificate de alţii

Deşi anumiți pacienți descriu dificultăți clare cu care se confruntă în comportamentul lor, alții se prezintă la terapie la cererea membrilor familiei sau a prietenilor care le-au spus că au probleme care îi supără pe alții. Mulți dintre aceşti pacienți nu sunt dornici să-şi asume responsabilitatea pentru respectivele dificultăți. Aceste comportamente nu sunt privite ca fiind problematice sau generatoare de distres, căci ele sunt acceptate ca făcând parte din personalitate sau din propriul sine. În astfel de cazuri, terapeutul ajută pacienții să-şi identifice aceste comportamente ca problematice şi să înțeleagă ce anume contribuie la ele. Terapeutul nu doar că lucrează la identificarea strategiilor de intervenție, ci îşi şi ajută pacienții să recunoască faptul că aceste comportamente cauzează mai mult distres pentru ei înşişi şi pentru alții decât îşi imaginează.

Exemplu de caz

Domnul Y., un fizioterapeut în vârstă de 62 de ani, s-a prezentat la terapie la cererea soției sale, relatând că adesea îşi exprima critica la adresa altora direct, adesea în locuri

publice, într-un mod care era deranjant pentru soție şi uneori pentru prieteni şi rude.

Terapeutul: Consideri acest comportament ca fiind o problemă?

Domnul Y.: Critica mea e motivată. Nu cred c-ar dezaproba cineva ceea ce spun. Însă cred că soția mea are impresia că sunt prea direct.

T.: Poți să-mi povesteşti ce se întâmplă?

Dl Y.: A fost un incident cu nepotul ei, despre care ea spune c-a fost picătura care a umplut paharul. Pe mine m-a deranjat ce-a spus el la o cină de Crăciun. Mă enervează oamenii care vorbesc de parcă ar fi cine ştie ce de capul lor, când eu ştiu sigur că de fapt n-au făcut nimic ca să obțină poziția în care sunt acum.

T.: Ce vrei să spui?

Dl Y.: Ei bine, se dă important şi se poartă de parcă ar cunoaşte tot felul de persoane importante prin intermediul serviciului său, însă eu ştiu că de fapt tatăl lui a fost cel care i-a făcut rost de postul ăsta. Aşa că m-am înfuriat şi m-am dezlănțuit. I-am spus că era plin de el şi că de fapt n-a realizat nimic pe cont propriu.

T.: Văd că asta te înfurie. Dar observ că nu doar pe soția ta o deranjează comportamentul tău, ci şi pe tine însuți, în sensul că te frustrează considerabil. Ai idee din ce cauză te deranjează atât de tare?

În acest moment al terapiei, terapeutul îi reflectă pacientului faptul că acest comportament şi trăirile asociate lui îl deranjează şi pe el, şi pe alții. Această strategie ajută pacienții să conştientizeze faptul că exprimarea emoțiilor negative, cum ar fi izbucnirile de furie, poate fi un indiciu de distres ascuns. În plus, pacienții suferă din cauza impactului negativ pe care aceste izbucniri îl au asupra relației lor cu ceilalți.

Dl Y.: La asta chiar nu m-am gândit. Poate pentru c-am crescut într-un mediu foarte dur. Nu am primit nimic. Şi nici nu mă dau mare că am depăşit această situație.

T.: Are sens ce spui. Ar trebui să vorbim mai mult despre asta.

Aşa cum s-a discutat în Capitolul 5 („Stabilirea unui cadru pentru abordarea schimbării comportamentale”), monitorizarea trăirilor pacientului înainte de apariția comportamentului respectiv e utilă pentru a înțelege ce anume contribuie la el şi pentru identificarea punctelor de intervenție.

T.: Există ceva care a reuşit să preîntâmpine apariția acestor comportamente?

Dl Y.: Aş putea încerca să-mi muşc limba. Uneori pur şi simplu îmi țin gura, dar mi-e greu.

T.: Cred că ar fi bine de văzut dacă te poți abține de la critică. Asta te-ar ajuta să observi ce anume trăieşti în acele momente. Şi să sperăm că te voi putea ajuta să-ți tolerezi mai bine sentimentele, atunci când o să înțelegem mai multe despre ele.

La următoarea vizită, domnul Y. a povestit un incident care se petrecuse între timp.

Dl Y.: Am fost cuminte, n-am mai avut izbucniri. Dar nu a fost uşor. Am câteva incidente pe care le-am urmărit.

T.: Asta e încurajator, dar pari să te fi luptat pentru asta. Ce s-a întâmplat?

Dl Y.: E vorba de un prieten al cumnatului meu. Se dădea mare, iar eu am vrut să-i dau peste bot.

T.: Dar ce spunea?

Dl Y.: Mi-e greu să-mi amintesc exact.

T.: Îți aminteşti vreun amănunt?

Dl Y.: Da. Nu mai termina de povestit despre călătoriile pe care le face. Voia să se dea mare cu câți bani are. Întâmplător, eu ştiu că el a moştenit mare parte din banii ăştia. Aşa că, ce mare lucru? Eu consider că e un prefăcut.

T.: Iar asta te supără aşa de tare pentru că...

Dl Y.: Mie nu mi s-a întâmplat nimic din toate astea. Eu am crescut în vremuri grele. Tatăl meu era un tip dur, care muncea din greu tot timpul.

T.: Era dur şi cu tine?

Dl Y.: Da, era. Adică nu ne dădea voie să ne plângem de nimic. Considera asta o slăbiciune. Şi au fost vremuri grele. Mulți ani, abia dacă am supraviețuit. Mă bucur că eu m-am descurcat mai bine de atât. Dar pe mine n-o să mă auzi lăudându-mă cu asta.

T.: Poate că de asta te şi deranjează atât de tare. Tu ai fost nevoit să te zbați toți anii ăia. Şi simți că înnebuneşti când alții obțin totul mai uşor şi se mai şi laudă cu asta. Însă poate că, atunci când se laudă, arată că se simt nesiguri cu ce au obținut.

Comentariul de mai sus al terapeutului reprezintă un exemplu pentru folosirea mentalizării pentru a ajuta pacienții să-şi modifice perspectivele şi sentimentele.

Dl Y.: Nu m-am gândit că s-ar putea simți nesiguri. Pentru mine a fost dur să fiu crescut de tata. Se enerva foarte repede, chiar dacă noi eram copii buni. Cred că era cu nervii foarte întinşi. Părea că noi îl deranjam mereu.

T.: Înseamnă ca asta te-a afectat şi pe tine. Pare că nu te puteai plânge şi că n-aveai prea multe ocazii să-ți manifeşti furia.

Dl Y.: În niciun caz. Cred că m-am înfuriat de câteva ori din cauza izbucnirilor lui, însă n-aş fi putut spune nimic.

T.: Deci ți-a fost foarte greu când erai furios.

Dl Y.: Da. Şi constat că şi acum mi-e greu. Încep să mă înfurii când aud oamenii lăudându-se. Încerc să tac din gură, însă apoi explodez şi mă manifest într-un mod intens şi răutăcios.

T.: Cred că aceste sentimente din povestea ta de viață contribuie la furia ta. Dacă înțelegi în ce mod ai fost afectat de aceste experiențe, le vei gestiona mai bine.

Dl Y.: O să încerc să mă gândesc la toate astea când se mai întâmplă. Chiar nu vreau bătaie de cap cu nevastă-mea şi nu vreau să fiu atât de deranjat de lucrurile astea!

Probleme de control al impulsului

Problemele de control al impulsului pot apărea într-o diversitate de forme, cum ar fi izbucnirile furioase de tipul celor de care suferea domnul Y., dificultățile în exprimarea dorințelor sexuale şi diferite forme de comportament adictiv. Aceste probleme pot fi aduse în atenția pacientului de ceilalți, aşa ca în cazul domnului Y., sau pacienții pot avea trăiri dureroase, cum ar fi vinovăția, în contextul în care şi-au exprimat impulsurile. De exemplu, pacienții pot regreta că au pus în act comportamente sexuale în relații pasagere sau în afara relației de cuplu. Sau ar putea face cumpărături atunci când au datorii sau folosi droguri sau alcool şi apoi să simtă cum li se dărâmă stima de sine. Formele mai severe ale acestor tulburări de impuls pot necesita intervenții de tratament specializat din partea unor specialişti în dependențe sau internarea în clinici de recuperare, în cazul abuzului de substanțe. Abordările psihoterapeutice psihodinamice care se ocupă de comportament pot fi utile în modularea acestor dificultăți de control al impulsurilor, în special în formele mai puțin severe. Aşa ca în cazul de mai jos, identificarea contextului, a trăirilor şi a fantasmelor, dar şi a dinamicilor contributive poate oferi instrumente suplimentare în reglarea acestor comportamente.

Exemplu de caz

Doamna Z., o reprezentantă de vânzări în vârstă de 42 de ani, a vorbit despre problemele ei în gestionarea impulsurilor de a cumpăra haine scumpe, de a mânca în restaurante scumpe şi de a le face cadouri scumpe fiicelor ei. Rareori ţinea evidenţa cheltuielilor şi se supăra atunci când soţul ei se plângea de dimensiunile rapoartelor de la cardul de credit. Cu toate acestea, cu alte ocazii conştientiza impactul negativ asupra bugetului familiei şi devenea neliniştită şi autocritică. Terapeutul a lucrat cu pacienta pentru ca aceasta să poată conştientiza mai bine natura problematică a impulsurilor ei de a cheltui şi ca să devină mai conştientă de sentimentele şi împrejurările care o împingeau să acţioneze în acest fel. La început, nu s-au putut afla prea multe detalii, căci doamna Z. făcea aceste cumpărături în mod impulsiv, fiind foarte puţin conştientă de ceea ce se întâmpla. Terapeutul a început să examineze dinamicile şi povestea de viaţă a pacientei, pentru a găsi indicii ale acestei probleme.

Doamna Z. spunea că primii ani din viaţa ei au fost destul de normali, însă, de pe la vârsta de 8 ani, părinţii ei au început să se certe mai intens şi mai des. Când pacienta avea 10 ani, mama ei a părăsit locuinţa familiei, luându-şi lucrurile şi o parte din mobilă şi lăsându-i pe ea şi pe fratele ei mai mic în grija tatălui. Pacienta nu fusese decât parţial conştientă, deşi asta s-a schimbat treptat, că mare parte din fondurile familiei proveneau de la părinţii mamei şi că banii respectivi nu mai erau disponibili. Deşi relaţia cu tatăl şi cu fratele ei era în general pozitivă, erau cu toţii frustraţi de această diminuare considerabilă a stilului de viaţă şi de

necesitatea mutării într-o casă mai mică, într-un alt cartier. În plus, contactele ei cu mama erau destul de limitate şi primise puține explicații de la ambii părinți despre ce anume se întâmplase în relația lor şi despre modul în care asta o afectase pe ea din punct de vedere financiar. S-a întâlnit mai des cu mama ei după ce a devenit adult, însă furia generată de momentul separării şi al tăierii de fonduri care se produsese odată cu divorțul încă persista. Considera că mama ei era egoistă, interesată doar de modul în care arăta. În timp, s-a aflat şi că mama ei avea probleme cu băutura.

Terapeutul bănuia că trăirile dureroase ale pacientei, generate de lipsuri şi de abandon, apărute parțial din cauza evenimentelor traumatice de la 10 ani, i-au alimentat această nevoie compulsivă de a face cumpărături. După ce i-a sugerat pacientei aceste dinamici, ea a devenit mai conştientă de împrejurările în care cheltuia.

Doamna Z.: Am observat că merg la cumpărături sau la restaurante scumpe imediat ce mă supăr de ceva ce mi s-a întâmplat sau după ce mă înfurii pe cineva.

Terapeutul: Îmi poți da nişte exemple concrete?

Dna Z.: De exemplu, ieri, m-a înfuriat soțul meu. A muncit din greu în ultima vreme, dar n-a câştigat mai mulți bani. Zice că ajunge acasă la o anumită oră, dar apoi întârzie o oră sau două. Mă epuizează să am singură grijă de copii. Mă frustrează foarte tare. Am senzația că trebuie să mă ocup eu singură de toate.

T.: Acest comentariu e interesant, pentru că ne arată cum trebuie să te fi simțit tu când a plecat mama ta – abandonată şi săracă – înțelegând că trebuie să te descurci mai mult pe cont propriu.

Dna Z.: Nu mi-am dat seama de asta, dar văd legătura. E interesant, pentru că cealaltă situație despre care voiam să-ți vorbesc a apărut după ce m-am înfuriat din cauza ei.

T.: Ce s-a întâmplat atunci?

Dna Z.: Am sunat-o ca să-i vorbesc despre o problemă cu prietena mea. Nu ştiu dacă băuse, dar n-a părut să fie atentă la ce povesteam. I-am spus că nici nu mă ascultă, iar ea mi-a răspuns că nu putea vorbi în momentul acela şi mi-a închis. M-am înfuriat şi m-am repezit la cumpărături. M-am simțit mai bine după ce mi-am cumpărat câte ceva.

T.: Deci acest tipar sugerează că tu te lupți cu sentimentul de a fi abandonată şi defavorizată, dar şi cu furia. Cumpărăturile par a fi un mod de a uşura sau de a reduce la tăcere aceste sentimente. Însă problema e că situația asta vă creează probleme financiare ție şi soțului şi nu te lasă să înțelegi mai bine ce se petrece în interiorul tău. Dacă te înfurie soțul tău sau dacă te simți abandonată, aş vrea să găsim o metodă de a gestiona asta, alta decât cumpărăturile.

Dna Z.: Abandonul descrie bine modul în care mă simțeam la vârsta de 10 ani. Iar mai târziu, chiar m-am simțit defavorizată. Obişnuiam să primesc o grămadă de lucruri

înainte ca mama să plece, iar apoi asta s-a oprit brusc. Însă trebuie să văd ce pot face, pentru că nu mă gândesc la toate astea înainte de a merge la cumpărături.

T.: Eu cred că deja eşti mai conştientă de ce se petrece înăuntrul tău înainte de a pleca la cumpărături. Cu cât eşti mai atentă şi cu cât înțelegi mai bine ce anume îți declanşează acest comportament, cu atât mai bună e ocazia de a te opri. E ca atunci când construieşti un eşafodaj în jurul unei clădiri, lăsând un spațiu între tine şi aceasta. Poți identifica mai bine ce anume nu merge şi poți remedia mai uşor.

S-au făcut referiri la această metaforă în Capitolul 5, ca metodă de a ajuta pacienții să înțeleagă cum ar putea interveni în propriile lor comportamente problematice.

Dna Z.: OK, o să încerc să fiu mai atentă. Uneori devin conştientă înainte să trec la fapte, alteori nu.

Într-o şedință ulterioară, doamna Z. şi-a informat terapeutul despre progresul înregistrat.

Dna Z.: Ai dreptate când spui că mă simt defavorizată şi furioasă înainte să cumpăr diverse lucruri. Atunci nu mă gândesc la mama, ci la modul în care cineva îmi dă de furcă: ori soțul meu nu mă ajută, ori copiii au foarte multe

pretenții de la mine, ori şeful meu mă presează să fac mai multe vânzări. Nevoia de a cumpăra e foarte intensă, dar de câteva ori am reuşit s-o opresc.

T.: Cum te simți când reuşeşti?

Dna Z.: Mă simt bine, dar sentimentul de frustrare e foarte puternic. Uneori încep să urlu la cei din familie şi nu-mi place asta. Îmi aminteşte de mama.

T.: Cred că e important să înțelegi legătura cu mama ta când se întâmplă asta, dar mai cred şi că e o ocazie să înveți noi căi de a-ți gestiona frustrarea.

Dna Z.: OK, atunci hai să începem să lucrăm la asta.

De-a lungul următoarelor şedințe, pacienta a continuat să se concentreze pe sursele furiei sale şi pe modurile în care ar putea s-o gestioneze mai bine. Una dintre problemele ei era stabilirea de limite copiilor, aşa cum s-a discutat mai sus. Terapeutul şi pacienta au descoperit că ea nu-şi dorea ca fiicele ei să fie defavorizate, aşa cum se simțise ea. Cu toate acestea, dorința ei permanentă de a le cumpăra jucării sau haine noi le-a făcut să aştepte aceste obiecte ori de câte ori se simțeau frustrate. Doamna Z., care inițial nu fusese conştientă de acest tipar comportamental, începea să se înfurie din cauza acestor cereri.

T.: Îți înțeleg dorința ca ele să nu se simtă defavorizate, însă cred că, atunci când le cumperi tot felul de lucruri, tu vrei să compensezi într-un mod exagerat felul în care te simțeai tu. Asta le poate crea dificultăți în gestionarea propriilor frustrări şi mai mult decât sigur că pe tine te supără atunci când îți tot cer lucruri.

Dna Z.: Vrei să spui că eu le fac să se poarte aşa?

Sprijinul acordat pacienților pentru identificarea propriilor comportamente ca sursă a unor probleme le poate uneori provoca reacții negative, printre care negarea, furia sau vinovăția. Li se poate părea că terapeutul îi judecă sau că îi condamnă. Uneori poate fi util să se analizeze aceste reacții în contextul transferului, în timp ce în alte situații ar putea fi potrivit ca terapeutul să-şi asigure pacienții că ei nu fac asta intenționat şi că o mai bună înțelegere îi poate ajuta să schimbe un tipar care poate agrava problemele în timp.

T.: Nu cred că faci asta intenționat. Dar cred că are legătură cu o parte dintre problemele tale. În mod sigur n-ai vrea ca ele să trăiască ceea ce ai trăit tu. Însă schimbările pe care le faci tu le pot ajuta pe fete să-şi gestioneze mai bine propriile frustrări şi pe tine să fii mai puțin enervată de pretențiile lor.

Dna Z.: Asta e interesant. Nu mi-a trecut prin cap că aceleaşi probleme le pot afecta şi pe ele. Dar cum să procedez când ele îmi cer atâtea?

T.: Ar fi util să le spui că acum n-o să le mai cumperi lucruri atât de des, pentru că tu consideri că nu e bine pentru ele, însă cred că ai nevoie de ajutor ca să-ți poți tolera propriile sentimente şi frustrarea lor în timp ce aplici aceste schimbări.

Dna Z.: Da, pentru că e similar cu ce înseamnă cumpărăturile pentru mine. Uit şi încep să cumpăr lucruri.

Un alt factor care a apărut în timp a fost ideea că aceste obiecte simbolizau o mamă mai consecvent prezentă sau întoarcerea mamei în viața ei când era adolescentă. Cu toate acestea, era în mod sistematic dezamăgită, căci aceste obiecte n-o puteau înlocui pe mama ei. În acest fel, doamna Z. era nevoită să continue doliul pentru pierderea unei mame mai empatice şi mai deschise, după care tânjise mereu.

Dna Z.: Acum, de câte ori sunt pe punctul de a cumpăra ceva, mă opresc şi mă întreb de ce aş avea nevoie de asta. De ce mă simt defavorizată? Şi observ că toate astea nu mai înseamnă la fel de mult pentru mine.

T.: Pentru multă lume, lucrurile reprezintă iubire, grijă sau hrănire, însă mai devreme sau mai târziu aceste persoane sunt dezamăgite, pentru că toate obiectele astea nu pot egala ceea ce poate oferi o altă persoană.

Dna Z.: Aşa este. Ştiu c-ai mai spus asta, iar acum înțeleg mai bine. Cred că lucrurile astea au devenit mai puțin importante, pe măsură ce le-am conştientizat. Însă încă îmi place să merg la cumpărături, crede-mă. Doar că acum simt că am mai mult control decât înainte. Îmi e dor de mers la cumpărături.

11

Abordarea problemelor comportamentale legate de traumă şi de experienţele negative din perioada de dezvoltare

Multe surse de informații subliniază rolul traumei şi al experiențelor negative din perioada dezvoltării în apariția unei game largi de simptome şi a comportamentului problematic (Casey şi Strain 2016; Kessler şi alții 2010). Deşi obținerea istoricului pacientului în şedința inițială va reactiva anumite episoade traumatice, pacienții nu vor dezvălui alte incidente pentru că se ruşinează. Nu fac legătura între traumă şi simptomele lor actuale sau poate că au refulat evenimentul/evenimentele respectiv(e). Uneori pacienții (şi terapeuții) evită explorarea experiențelor traumatice şi dureroase din copilărie, din cauza distresului emoțional pe care îl provoacă. Prin urmare, clinicienii ar trebui să fie atenți la apariția potențială a unor informații suplimentare despre traumă în cursul analizei. În plus, în

contextul persistenței simptomelor post-traumatice cum ar fi fobiile, perturbările afective şi disocierea, terapeuții ar trebui să ia în calcul explorarea suplimentară a evenimentelor traumatice. Această investigație va identifica adesea surse şi dinamici, alături de puncte de intervenție pentru comportamentele recurent problematice. Mulți dintre pacienții prezentați în această carte până acum au avut un istoric traumatic şi/sau experiențe negative în perioada de dezvoltare, relevante pentru analiza lor, iar acest capitol se concentrează în profunzime pe abordarea impactului acestor experiențe asupra comportamentului. Deşi acest capitol se concentrează pe abordările psihodinamice ale simptomelor posttraumatice, o gamă largă de intervenții ar putea fi necesară pentru tratarea eficientă a acestor probleme (Casey şi Strain 2016).

Impactul evenimentelor traumatice poate fi cu bătaie lungă (Busch şi alții 2012, Kessler şi alții 2010, Silove şi alții 2015). Experiențele negative din perioada de dezvoltare, în special cele cu îngrijitorii, pot crea un stil de ataşament nesecurizant, care amplifică vulnerabilitatea la evenimente dureroase şi traumatice ulterioare. Consecințele potențiale includ perturbări ale sentimentului de sine, flashbackuri ale traumei, experiențe disociative, anxietate şi/sau iritabilitate şi o serie de comportamente problematice. Pacienții pot repeta inconştient trauma, fie considerând evenimente diferite ca fiind similare celor traumatice, fie provocând sau angajându-se în mod accidental în situații care le amintesc de traumă. Conflictele intrapsihice care apar pe marginea agresivității şi separării sunt subliniate de evenimentele traumatice, alături de intensificarea emoțiilor negative (inclusiv a furiei şi a fricii) şi reprezentări ale sinelui/celorlalți polarizate (de exemplu, victima şi

agresorul). Tânjirea după intimitate poate fi amenințătoare, din cauza sentimentelor de vulnerabilitate şi lipsă de încredere.

Reacțiile de apărare includ disocierea, în care amorțirea sau deconectarea amintirilor şi emoțiilor urmăreşte tocirea sentimentelor de durere intensă; refularea, în care fantasmele şi amintirile care provoacă durere şi anxietate sunt ținute departe de conştiință; identifcarea cu agresorul; şi comportamentul contrafobic, în care pacienții pot pune în scenă un comportament care urmăreşte să nege impactul evenimentelor traumatice. Vinovăția şi ruşinea pot predomina, alături de o autoînvinovățire intensă sau persistentă pentru evenimentele traumatice şi nevoia de pedeapsă. Sechelele traumatice includ adesea simptome somatice, care pot reprezenta experiențe traumatice ce nu au fost simbolizate, manifestări simbolice ale conflictelor sau o apărare împotriva conflictelor intrapsihice sau amintirilor dureroase (Busch 2017).

În acest capitol vom analiza problemele comportamentale care îşi au originea în trauma şi în experiențele negative din copilărie (Tabelul 11-1), inclusiv repetiția inconştientă, dificultățile asociate cu identificarea cu agresorul, simptomele fobice, comportamentul parental problematic, manifestările de iritare şi preocupările somatice.

TABELUL 11-1. Problemele de comportament legate de traumă
Repetarea experiențelor traumatice Identificarea cu agresorul Comportamentul parental problematic ca reacție

la traumă Comportamentul fobic Manifestările iritabilității Preocupările somatice

Repetarea experienţelor traumatice

Freud (1920/2017) explică modul în care pacienții au tendința să repete în mod neintenționat episoade traumatice, ori intrapsihic, ori prin comportament sau în relația cu ceilalți, numind acest fenomen „compulsie la repetiție” (Corradi 2009). De exemplu, persoanele abuzate în copilărie ar putea fi implicate fără voie în relații cu parteneri problematici, care amplifică posibilitatea de a fi din nou abuzați. Câțiva factori pot contribui la un astfel de comportament, cum ar fi o dorință inconştientă de a controla trauma în care pacientul s-a simțit neajutorat, o dorință de a-i pedepsi pe ceilalți pentru abuzul suferit de pacient sau senzația că abuzul este necesar pentru obținerea unei apropieri intense. Un fond traumatic este adesea relevant pentru diferite forme de comportament autodistructiv inexplicabil, cum ar fi abuzul de droguri, automutilarea şi comportamentul suicidar, care poate reprezenta, parțial, o formă de retrăire autoindusă a traumei.

Exemplu de caz

Doamna F. (vezi Capitolele 3, 6, 7 şi 9), care relatase un istoric de reacţii parentale negative la o gamă largă de nevoi ale sale, şi-a continuat planul de renovare a casei. După ce a ajuns la o înţelegere cu un arhitect şi cu un constructor, arhitectul a început să-i spună doamnei F. că planurile ei erau de neaplicat şi că trebuia să refacă planul de renovare. Doamna F. s-a supărat foarte tare când s-a întâmplat asta, pentru că ea fusese mulţumită de planul iniţial. Ar fi vrut să-i spună arhitectului să n-o mai preseze şi că dorea să continue fără schimbări. Cu toate astea, la fel ca în alte situaţii, cu fiul ei şi cu alţii, se temea să-şi exprime sentimentele şi începuse să-şi pună la îndoială propria judecată.

Terapeutul: Ce te temi că se va întâmpla dacă îi spui arhitectului că vrei să continui aşa cum fusese vorba iniţial?

Doamna F.: Mă tem că o să se înfurie pe mine şi poate chiar să-şi dea demisia. De fapt, chiar i-am contestat un pic ideile după ce am vorbit data trecută şi chiar s-a enervat. A ridicat un pic vocea şi mi-a spus că n-o să meargă aşa cum vreau eu.

T.: Pare că eşti la fel de înspăimântată cum erai şi cu mama ta, că nu e indicat să-ţi exprimi propriile păreri. E ca şi cum ai fi prinsă într-o repetiţie a experienţelor traumatice pe care le-ai avut cu ea.

Dna F.: Înţeleg ce spui şi mă simt blocată într-o postură groaznică.

T.: Cred că e important să iei în calcul cât de diferită este situația asta față de cea cu mama ta, chiar dacă pare similară. Mai întâi, nu este prea profesional din partea lui să se enerveze şi să amenințe că-şi dă demisia, după ce inițial a fost de acord cu planurile tale. Şi-apoi ce contează dacă-şi dă demisia? Poate că nu e potrivit să facă el treaba asta, dacă tu nu eşti de acord cu modul în care şi-o face.

Dna F.: Consider că toate astea sună logic. Nu mi-am dat seama cât de mult seamănă situația actuală cu povestea cu mama. Dar mă tem să-i spun toate astea.

T.: Trebuie să luăm în calcul faptul că eşti vulnerabilă la repetarea acestor tipuri de situații bazate pe experiențele pe care le-ai avut. O altă variantă ar fi să-l pui pe soțul tău să vorbească cu el.

Dna F.: M-am gândit la asta. De fapt, am vorbit cu Bill, care e îngrijorat cât de blocată sunt. Nu-i place să se implice în lucruri de acest fel, dar poate că o s-o facă totuşi.

Identificarea cu agresorul

Identificarea cu agresorul reprezintă un alt element important care necesită atenție în evaluarea impactului traumei asupra comportamentului. Prin utilizarea acestei apărări, pacienții se pot identifica cu agresorul sau cu alții care au avut putere şi control asupra lor. O astfel de

identificare poate fi trăită în fantasmă sau pusă în scenă cu alții. De exemplu, agresarea altora, aşa cum a fost agresat pacientul. Fantasmele sau dorințele de a-i răni pe alții la fel cum a fost rănit şi el pot crea o doză considerabilă de vinovăție şi de distres, contribuind semnificativ la inhibițiile din comportament. De exemplu, o mamă care a fost abuzată fizic în copilărie se poate lupta cu frici sau dorințe relative la rănirea propriului copil, toate acestea ducând la stabilirea unor limite inadecvate. În exemplul de mai jos, domnul T., despre care am discutat în Capitolul 9 („Lucrul cu susținerea schimbării comportamentale şi cu reacția celorlalți") şi care fusese agresat de tatăl lui, se lupta cu dorințe şi frici legate de controlarea propriilor copii.

Exemplu de caz

Domnul T. se înfuria pe copiii lui când ei nu făceau ce aştepta de la ei. Ca un exemplu de tendințe disociative generate de traumă, el era de fapt furios pe comportamentul controlator al tatălui său şi jurase să nu facă acelaşi lucru cu propriii lui copii, chiar dacă simțea nevoia să-i oblige să cedeze autorității lui. Faptul că terapeutul îi arată domnului T. cum atitudinea tatălui său se infiltrase în gândurile şi sentimentele lui îl ajută să-şi reevalueze modul în care se poartă cu copiii lui.

Domnul T.: Ți-am spus că nu mă respectă. Nu vor să participe la niciunul dintre planurile pe care le fac pentru ei.

Terapeutul: Păi nu cred să fie ceva neobişnuit pentru adolescenți. Care era planul tău?

Dl T.: Am vrut să-i duc la cinema. Dar s-au plâns că trebuie să meargă. Nu-mi arată pic de respect.

T.: Nu cred că despre asta e vorba. Cred doar că nu vor să cadă în capcană.

„Să cadă în capcană" era modul prescurtat în care domnul T. îşi descria sentimentele complexe pe care le avusese față de tatăl său autoritar. Domnul T. considera că el nu avea niciun cuvânt de spus despre ce-ar fi vrut el să facă şi că tatăl lui îl domina.

Dl T.: Deci nu crezi c-ar trebui să-i oblig să mă însoțească la cinema?

T.: Ei bine, sunt de acord că în anumite situații ar trebui să fii ferm cu ei, însă nu cred că asta e una dintre ele. Chiar tu ai spus că nu vrei să-i prinzi în capcană, aşa cum a făcut tatăl tău cu tine. Cred că uneori nu-ți dai seama cum atitudinea sau comportamentul tatălui tău se manifestă în tine. Cred că te identifici cu el, fără să-ți dai seama.

Dl T.: Da, recunosc că s-ar putea să-i agresez pe ceilalți în anumite circumstanțe şi nu vreau să fac asta cu copiii. Însă

cred că mi-e teamă să adopt o atitudine mai fermă, pentru că vreau ca toată lumea să mă placă.

Această afirmație reprezenta încă un rezumat al impactului comportamentului critic şi agresiv al tatălui său. Simțindu-se presat de tatăl său, şi-a dat seama de nevoia de a le face altora pe plac de frică să nu fie respins sau pedepsit. Această tendință interfera cu capacitatea lui de a stabili limite potrivite copiilor lui şi altora. Pacienților le este uneori teamă să se afirme în relația cu ceilalți, iar alteori se tem să nu fie prea exigenți sau agresivi. Acest tip de disociere nu e o consecință neobişnuită a traumelor din perioada de dezvoltare. Adesea, indivizii nu recunosc că trăiesc sau se poartă în moduri contradictorii. Munca terapeutului constă în a-şi ajuta pacienții să integreze aceste aspecte conflictuale. În cazul domnului T., terapeutul a analizat modul în care acesta fusese afectat de traumă şi a lucrat la integrarea aspectelor disociate şi la instalarea unei schimbări moderate ca reacție la comportamentul copiilor.

T.: Cred că tu vorbeşti de două reacții foarte diferite la comportamentul tatălui tău, care îți îngreunează reacțiile față de copiii tăi. Pe de o parte, tu te identifici cu el în încercarea de a-i determina să facă o anumită activitate, iar pe de alta te temi să le impui limitele necesare, pentru că ai senzația că ar trebui să le faci pe plac. Cred că ți-ar fi mai uşor să-ți dai seama unde trebuie să tragi linia dacă ai înțelege modurile diferite în care ai fost afectat de relația cu tatăl tău.

Dl T.: Da, are logică. Dacă mă gândesc în felul ăsta, nu mai înțeleg de ce am insistat atâta să mergem la cinema. Însă nu ştiu ce altceva să le propun ca activitate când vin în vizită la mine.

T.: Ai putea să afli mai multe despre ce vor ei să facă.

Dl T.: Cred că vor doar să stea acasă şi să lucreze la laptopuri, dar o să-i întreb.

Comportamentul parental problematic ca reacţie la traumă

Un domeniu de impact al traumei este reprezentat de trăirile şi comportamentul părinților în relație cu copiii lor. Cercetarea şi observațiile clinice arată cum un copil se poate comporta în moduri care declanşează reamintirea experiențelor traumatice trecute, ducând la reacții negative din partea părintelui. Acest comportament poate duce la reacții reflexe, care pot fi materializate în tipare de interacțiune problematice. De exemplu, reacția normală a unui copil care nu poate fi consolat îi poate reaminti individului de o mamă fie nereceptivă, fie copleşitoare prin nevoia ei de a fi consolată de copil, inversând astfel rolurile. Pacientul poate reacționa printr-o retragere furioasă, prin învinovățire („De ce-mi faci una ca asta?”), sau printr-o receptivitate excesivă la tensiunea copilului, în locul unui efort moderat care să ajute copilul să-şi proceseze emoțiile şi reacțiile negative. Aceste tipare problematice de interacțiune

au de câştigat din clarificarea legăturii dintre experienţele traumatice şi comportamentul negativ.

Exemplu de caz

Doamna Q. (vezi Capitolele 6 şi 7) se plângea de reacţia de iritare şi de lipsa de disponibilitate a fiicei când aceasta îi cerea s-o viziteze. Cu toate acestea, pacientei îi era greu să ia în calcul faptul că fiica ei încerca să stabilească limite pentru timpul petrecut împreună. În ciuda faptului că fiica ei era forte implicată în relaţia lor, ea considera că acesteia nu-i păsa de ea, punând comportamentul fiicei pe seama modului în care ea însăşi se purtase cu tatăl acesteia. Pe parcursul analizei, ea şi-a amintit de propria relaţie cu mama sa, în care ea se simţea pe post de părinte care încearcă să atenueze stilul de viaţă dezastruos al mamei. Doamna Q. considera că lipseau limitele şi se simţise vinovată pentru propriile ei încercări de a le impune în relaţia ei cu mama. Avea grijă să nu-şi preseze fiica să-i răspundă la nevoi şi îngrijorări aşa cum ar fi făcut mama sa cu ea, însă apoi se simţea frustrată că fiica ei nu era mai receptivă. În plus, doamna Q. îşi manifesta indirect furia pe care o simţise împotriva mamei sale, care nu răspunsese nevoilor pacientei. Şi nu în ultimul rând, simţea nevoia să-şi constrângă fiica să-i răspundă – o formă de identificare cu agresorul, care apoi îi aducea un val de sentimente de vinovăţie. Această vinovăţie şi îngrijorarea pentru furia ei au contribuit la dificultăţile de abordare directă a acestor probleme. După ce au fost analizate aceste dinamici şi scenariile posibile de comportament, doamna Q. a devenit capabilă să facă progrese în relaţia cu fiica ei:

Doamna Q.: I-am explicat că noi două suntem prinse în acest tipar şi că eu doresc să găsesc o ieşire. Mi-am asumat o parte din vină şi faptul că mă frustrează limitele pe care mi le impune.

Terapeutul: Şi a avut efect?

Dna Q.: A reacționat mult mai bine decât mă aşteptam. Apoi, lucrurile au decurs foarte bine. Am discutat puțin despre problemele mele medicale, iar ea a părut dispusă să asculte. Dar sunt îngrijorată că nu va continua.

T.: Ei bine, eu cred că trebuie să continuăm să analizăm momentele când te simți frustrată în relația cu ea şi să ne amintim cum le-ai gestionat diferit.

Dna Q.: Iar tu mi-ai mai putea reaminti şi cât de mult sunt încă afectată de mama mea. Nu mi-am dat seama că problemele pe care le-am avut cu ea încă mă mai afectează în asemenea măsură.

T.: Da, sunt de acord că trebuie să continuăm să examinăm furia şi vinovăția pe care le-ai simțit în legătură cu ea.

Comportamentul fobic

Deşi există mulţi factori care contribuie, comportamentul şi simptomele fobice la nivelul unei tulburări sunt o consecinţă obişnuită a traumei (Busch şi alţii 2012). Mulţi indivizi care suferă de forme mai severe de evitare au crescut în medii terifiante sau indiferente. Până la un punct, un astfel de comportament fobic poate fi privit ca o învăţare adaptativă deplasată asupra lumii în general (presupunând că mediul actual al individului este unul relativ sigur) sau asupra anumitor tipuri de experienţe (de exemplu, zborul cu avionul, toaletele publice). Un model de învăţare este util pentru înţelegerea şi abordarea anumitor aspecte ale evitării, însă abordările psihodinamice pot fi folosite la identificarea dinamicilor subiacente şi a semnificaţiei simptomelor şi comportamentelor, pentru înţelegerea reacţiilor posttraumatice şi pentru dezvoltarea strategiilor de intervenţie. Terapeutul este interesat de cum anume au fost internalizate experienţele traumatice sub forma fantasmelor, a conflictelor intrapsihice, a apărărilor, a simptomelor şi a comportamentului evitant.

Un pas iniţial în această abordare îl constituie identificarea legăturilor probabile între comportamentul fobic şi evenimentul traumatic. În multe cazuri, individul nu recunoaşte legătura, pentru că ea nu i-a fost sugerată niciodată şi/sau tendinţele disociative sau apărările i-au blocat trăirea conştientă a legăturii dintre experienţa respectivă şi sentimentele dureroase care sunt declanşate. Identificarea acestei legături reprezintă un pas important în crearea unui cadru pentru abordarea comportamentului, prin comentarii ca acesta: „Mă întreb dacă eşti atât de înspăimântat de persoanele în poziţii de autoritate din cauza pedepselor severe pe care le-ai primit din partea tatălui tău”. În afară de observarea legăturii cu trauma, această

interpretare evolutivă mai sugerează şi că pacientul se teme excesiv de autorități în situațiile curente. Printr-un exemplu care depăşeşte tiparul aşteptărilor învățate, terapeutul poate comenta, dacă este potrivit, pe marginea luptei pacientului cu sentimentele furioase şi cu fricile față de autoritate care contribuie la evitare, pentru că intensitatea acestor emoții poate fi înfricoşătoare, generând conflicte intrapsihice.

După ce sunt identificate astfel de dinamici şi de legături, terapeutul poate lucra cu pacientul la clarificarea faptului că pericolele fobice nu sunt reale sau nu sunt deloc probabile în situația curentă, ci derivă din experiențele traumatice din trecut şi din fricile interioare. Apoi, terapeutul poate folosi diversele intervenții comportamentale explicate în capitolele anterioare. Comportamentele fobice pot îmbrăca multe forme dincolo de fricile obişnuite de anumite situații. Cel mai obişnuit simptom fobic discutat în aceste capitole este frica de confruntare directă cu ceilalți şi de afirmarea de sine, ale căror multiple aspecte au fost descrise mai sus. De exemplu, domnul T. dezvoltase o adevărată fobie pe tema afirmării de sine la birou, îngrijorat fiind că şeful şi colegii lui vor deveni competitivi şi răzbunători. Înțelegerea modului în care aceste frici se conectau cu experiențele dureroase din perioada dezvoltării sale l-a ajutat să caute şi să obțină clienți într-un mod mai asertiv. Confirmarea diferenței dintre situația lui curentă şi circumstanțele din copilărie a apărut atunci când izbucnirea de care se temea nu s-a produs.

Manifestarea iritării

Simptomele posttraumatice includ adesea anxietate şi iritabilitate, care alternează uneori cu stări disociative. La fel ca în cazul altor simptome, adesea pacienţii nu conectează comportamentele şi sentimentele de furie cu alte experienţe traumatice sau negative. Pacienţii resimt adesea o furie surdă la adresa agresorilor sau a celor despre care credeau că nu-i protejează. Aceste sentimente sunt adesea deplasate către partenerii de cuplu sau către figurile de autoritate care nu sunt implicate în aceste evenimente. Complicând aceste situaţii, pacienţii pot alterna între inhibarea asertivităţii în anumite situaţii şi o doză excesivă de agresivitate în altele, fiecare dintre ele fiind potenţial conectată la experienţele traumatice. Identificarea acestei variabilităţi, conectarea simptomelor la traumă şi identificarea alternativelor de comportament pot ajuta pacienţii să-şi gestioneze exprimarea acestor sentimente faţă de ceilalţi.

Exemplu de caz

Domnul A.A. este un avocat corporatist în vârstă de 46 de ani, care a dezvoltat o tulburare de stres posttraumatic după ce şi-a pierdut colegii în evenimentele din 9/11. Iniţial şi-a evitat simptomele severe, prin preluarea rolului de angajat model la birou, muncind frecvent peste program, ca să ajute firma să funcţioneze. Cu toate acestea, după câteva luni a început să fie dezamăgit, în special pentru că firma făcea foarte puţine eforturi ca să abordeze impactul emoţional al pierderii colegilor. A devenit din ce în ce mai neliniştit şi mai depresiv şi se simţea ori deconectat, ori iritat de soţia lui. A început un tratament psihiatric, iar simptomele lui au răspuns parţial la sertralină. Terapeutul a

descoperit că trauma recentă prin care trecuse îi confirma vechile sentimente de neîncredere şi singurătate. În timp ce analizau copilăria lui A.A., pacientul a povestit cum simțea nevoia să fie „băiat bun” pentru mama lui, s-o susțină în relația cu un tată abuziv şi alcoolic. Aceste eforturi îi aminteau de rolul de „angajat model” din companie, în timp ce familia lui nu-i văzuse furia şi vinovăția generate de ambii părinți cu privire la comportamentul lor.

Pe măsură ce A.A. perlabora aceste sentimente în psihoterapie, simptomele lui au continuat să se îmbunătățească, însă a început să manifeste conflicte recurente cu figurile de autoritate. De exemplu, s-a certat cu şeful lui pentru că era suprasolicitat şi cu proprietarul apartamentului pentru că nu-l întreținea corespunzător. Ca reacție, şeful lui l-a criticat, iar proprietarul l-a amenințat că nu-i mai extinde contractul de închiriere. Deşi, pe de o parte, aceste acțiuni reprezentau un progres în accesarea furiei până atunci refulate sau îndreptate către sine, el şi terapeutul erau îngrijorați că atitudinea agresivă îi punea în pericol serviciul şi apartamentul. S-au concentrat pe abordarea directă a acestor comportamente.

Terapeutul: Ce se întâmplă atunci când vrei să te cerți cu şeful tău?

Domnul A.A.: Mă gândesc la cât de mult am de lucru şi că nu mă pot duce seara acasă, ca să mă relaxez, iar lui nici că-i pasă.

T.: Şi apoi ce se întâmplă când îl înfrunți?

Dl A.A.: Îi spun că e ridicol, că e prea mult. Iar el continuă să-mi spună că trebuie să-mi fac treaba. Iar apoi eu mă simt vinovat şi încep să mă îngrijorez în legătură cu postul meu.

T.: Te-a amenințat în legătură cu postul?

Dl A.A.: Nu. Sau cel puțin nu încă. Însă cred că începe să se sature.

T.: Ce anume te face să te simți vinovat?

Dl A.A.: Mă gândesc că-l pun într-o situație dificilă. În plus, nu cred că poate schimba ceva. Şi el trăieşte sub presiune.

T.: Ce spui acum e asemănător cu tiparul despre care am mai vorbit. Aceste figuri de autoritate îți reamintesc de tatăl tău sau poate de agresorii din 9/11. Te înfurii pe ei pentru ce au făcut, însă apoi te simți vinovat şi neliniştit. Te temi să nu fii şi tu un agresor, la fel ca ei.

Dl A.A.: Înțeleg ce spui. Însă mă simt şi neajutorat, aşa cum mă simțeam când eram copil. Credeam că, dacă spun ceva, ajută.

T.: Cred că într-adevăr te-am ajutat să-ți accesezi mai mult furia şi să te aperi. Ai dreptul să fii furios, însă cred că mai

ai de lucrat la cum să tolerezi şi să-ţi exprimi mai bine aceste sentimente. Furia ta este alimentată de experienţele tale traumatice, iar modul în care ţi-o exprimi cu şeful tău pare să amplifice conflictul cu el şi să te facă să te simţi vinovat şi îngrijorat. Poate am putea discuta ce ar fi mai util să-i spui. Poate reuşiţi să aveţi o discuţie despre moduri în care să gestionaţi volumul de muncă, în loc să te enervezi periodic.

Dl A.A.: Cred că asta e o observaţie bună despre cum furia mea s-a alimentat din traume. Poate că din acest motiv mi s-a umplut paharul în ceea ce-l priveşte. Poate că, ştiind asta, o să-mi pot gestiona mai bine sentimentele, care dau pe dinafară.

Înţelegerea acestor manifestări de furie legate de evenimentele traumatice l-a ajutat să-şi tempereze impulsurile, pe măsură ce devenea conştient de intensitatea furiei îndreptate spre cei care-l răniseră şi de cât de mult îşi dorea să riposteze. Împreună cu terapeutul, a aflat că o parte din ceea ce continua să-l înfurie şi să-l neliniştească erau dorinţa şi frica lui inconştiente de a-i răni pe ceilalţi, transformându-l în abuzator în fantasma lui – un alt exemplu de identificare cu agresorul. Pe măsură ce înţelegea că dorinţa lui era firească în contextul a ceea ce trăise, se simţea mai puţin ameninţat şi îşi controla mai bine aceste nevoi.

Preocupări somatice legate de traumă

Simptomele somatice şi fricile catastrofale legate de ele reprezintă sechele obişnuite ale traumei şi pot duce la comportamente problematice, cum ar fi evitarea muncii sau preocupări care au un efect negativ asupra relațiilor. De exemplu, preocupările legate de sănătate ale soțului doamnei I. (vezi Capitolele 4, 5, 7 şi 8) îi afectau relația cu soția şi disponibilitatea de a-şi găsi de lucru. Aceste simptome pot reprezenta aspecte ale traumei care nu au fost traduse în sfera verbală, simbolică (Busch 2017). În plus, preocupările somatice pot funcționa ca o apărare împotriva conflictelor intrapsihice dureroase sau înspăimântătoare. Pacienții evită accesul conştient la aceste experiențe, prin concentrarea atenției asupra corpului. Ele mai pot simboliza şi existența unui conflict intrapsihic de fundal. Înțelegerea legăturii cu trauma şi cu dinamicile relevante poate ajuta la reducerea acestor simptome şi a dificultăților comportamentale asociate.

Exemplu de caz

Domnul B.B., un director executiv în vârstă de 46 de ani din publicitate, şi-a început analiza din cauza unor frici recurente ipohondre şi conflicte la serviciu. Se simțea nedreptățit de şef, nefiind apreciat pentru contribuția lui. Analizând contextul, terapeutul şi pacientul au ajuns la concluzia că somatizările lui se intensificau atunci când credea că descoperă dovezi că munca lui e trecută cu vederea. Totuşi, în loc să-şi abordeze direct problemele cu şeful, domnul B.B. se retrăgea şi devenea morocănos.

Descria o situație de viață din copilărie, în care fusese pasat de la un părinte la altul când aceştia divorțaseră şi se simțea neglijat de amândoi. Îşi descria mama ca disfuncțională şi luptându-se cu dependența de droguri. Tatăl lui se recăsătorise cu o femeie care avea copiii ei, iar el se simțea ca un persona non-grata. Îşi amintea că se simțise furios, respins şi neajutorat. Orice efort de a se plânge de situație trecea neobservat sau era criticat pentru că provoca neplăceri. Împreună, terapeutul şi pacientul au reuşit să conecteze acest comportament şi fricile de la birou cu experiențele lui traumatice din copilărie. La fel ca în casa părinților, credea că e prea periculos să-şi discute problemele cu şeful. Cu toate acestea, comportamentul lui crea tensiuni tot mai mari la serviciu.

Această nouă conştientizare l-a ajutat să vrea să încerce o abordare mai directă a problemelor lui. Terapeutul şi pacientul au discutat posibilele observații pentru şeful lui privind nedreptatea pe care o trăia, inclusiv convingerea lui că nu era recompensat corespunzător. Aceste discuții nu au declanşat conflictul pe care l-a anticipat. De fapt, a devenit mai puțin retras, iar şeful a devenit ceva mai prietenos. Preocupările sale somatice s-au uşurat considerabil. Cu toate astea, şeful nu i-a mărit salariul.

A început să caute alte posturi şi a găsit rapid ceva la altă firmă. A fost foarte mulțumit de mutare, dar a observat că i-au reapărut preocupările ipohondre, mai ales când stătea singur la sfârşit de săptămână. Nu prea reuşea să-şi înțeleagă anxietatea, căci totul mergea foarte bine la serviciu şi acasă.

Terapeutul: Ce-ți vine în minte despre a sta singur acasă?

Domnul B.B.: Nu m-am gândit la asta până acum, dar mă simțeam foarte singur în weekendurile cu mama.

T.: Ce se întâmpla atunci?

Dl B.B.: Ea era ocupată cu tot felul de activități sociale şi servicii part-time, iar pe mine mă lăsa acasă. Dacă aş fi stat cu tata, aş fi putut ieşi cu prietenii, dar unde locuia ea, nu cunoşteam pe nimeni.

T.: Câți ani aveai atunci?

Dl B.B.: Între 6 şi 12.

T.: Asta e o vârstă prea fragedă ca să laşi un copil singur acasă.

Dl B.B.: O, da. Mă simțeam singur. Şi speriat! Şi ştii ceva? Tatălui meu nu-i păsa. Nimănui nu-i păsa de nevoile mele.

T.: Ți-a trecut vreodată prin cap să spui ceva?

Dl B.B.: Dacă mă plângeam tatălui meu, lui nu-i păsa, pentru că, oricum, mama vitregă nu mă dorea acolo. Dacă mă plângeam mamei, mă făcea să mă simt vinovat, constatând cât de puțin timp petreceam împreună şi

spunând că era foarte rănită că eu preferam să-mi petrec timpul cu tatăl meu sau cu prietenii, şi nu cu ea.

T.: Deci atunci te simțeai cu adevărat prins în capcană.

Dl B.B.: Da, aşa mă simțeam. Acum, că sunt în această nouă situație, fricile astea revin.

Conştientizarea singurătății în aceste noi circumstanțe l-a ajutat pe domnul B.B. să înțeleagă sursa reactivării fricilor cu caracter somatic. Simptomele s-au ameliorat odată cu această conştientizare şi pe măsură ce el se apropia de noii colegi. La noul loc de muncă se simțea mai respectat şi se străduia să evite tiparele de retragere care apăruseră înainte. Făcea eforturi să-şi abordeze problemele mai direct.

Referinţe

Busch F.N.: A model for integrating actual neurotic or unrepresented states and symbolized aspects of intrapsychic conflict. Psychoanal Q 86(1):75-108

Busch F.N., Milrod B.L., Singer M. et al.: Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy-eXtended Range. New York, Routledge, 2012

Casey P.R., Strain J.J. (coord.): Trauma and Stressor-Related Disorders. Arlington, VA, American Psychiatric Press, 2016

Corradi R.B.: The repetition compulsion in psychodynamic psychotherapy. The Official Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry 37(3):477-500, 2009

Freud S.: Dincolo de principiul plăcerii (1920), în Opere esenţiale Vol. 3, Psihologia inconştientului, Bucureşti, Editura Trei, 2017

Kessler R.C., McLaughlin K.A., Green J.G. et al.: Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. British Journal of Psychiatry 197(5): 378-385, 2010

Silove D., Alonso J., Bromet E. et al.: Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the world mental health survey. American Journal of Psychiatry 172(7):647-656, 2015

Exemple de caz

A

abordare colaborativă 63

atacuri de panică 18, 90

C

cadru pentru abordarea schimbării comportamentale 67, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99, 101, 103, 105, 107, 109, 111, 114, 141, 149, 175, 192

contratransfer 8, 22, 47, 60, 61, 86

F

formulare psihodinamică 31, 36, 45, 51, 95, 127

L

lipsă de asertivitate 94

M

mecanisme de apărare 33

mentalizare 30, 31, 35, 37, 40, 42, 44, 67, 68, 83, 84, 95, 98, 179, 181

metafore 114

P

probleme identificate de alții 179

R

relație terapeutică 6

S

simptome somatice 91, 203

T

transfer 22, 24, 27, 71, 81, 83, 85, 149, 184

tulburare de stres posttraumatic 213

V

vinovăție 31, 33, 37, 38, 43, 56, 79, 89, 95, 103, 121, 146, 150, 162, 163, 164, 165, 177, 186, 189, 190, 206, 209